

**Mestrado em Enfermagem  
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas**

**Antónia Palmira Coutinho Parreira**

**Lisboa  
2018**



**Mestrado em Enfermagem  
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas**

**Antónia Palmira Coutinho Parreira**

Orientador: Prof<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Helena Bértolo

**Lisboa  
2018**



Life isn't about getting and having,  
it's about giving and being.  
(Kevin Kruse)

## **AGRADECIMENTOS**

A todas as Mães, Pais e Bebés que aceitaram ser cuidados por mim e que possibilitaram o desenvolvimento de competências ilustrado neste relatório.

À Sra. Professora Helena Bértolo pela sua disponibilidade contínua, empenho, dedicação, apoio e sugestões na orientação deste trabalho. Um estímulo constante para chegar mais além e superar as minhas dificuldades.

À Sra. Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia Fátima Baptista pela sua dedicação e orientação ao longo de todo o Ensino Clínico e pela partilha de conhecimentos e saberes práticos.

Aos meus avós, pais e irmã pela sua confiança, ajuda e apoio constante, e pela compreensão da minha ausência.

Aos meus amigos que nos momentos difíceis souberam manter um sorriso e uma palavra de ânimo.

Aos meus colegas de trabalho pela compreensão e apoio.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a concretização deste trabalho.

O meu sincero obrigada!

## **SIGLAS**

**AM** – Aleitamento Materno

**AME** – Aleitamento Materno Exclusivo

**APEO** – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

**CDO** – Código Deontológico do Enfermeiro

**CMESMO** – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**CPLESMO** – Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**CTG** – Cardiotocografia

**DGS** – Direção Geral da Saúde

**EC** – Ensino Clínico

**EEESMO** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**EEESMOG** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

**ESEL** – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**FAME** – Federación de Asociaciones de Matronas de España

**FCF** – Frequência Cardíaca Fetal

**ICM** – International Confederation of Midwives

**IHAB** – Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés

**IO** – Índice Obstétrico

**IST** – Infecções Sexualmente Transmissíveis

**LA** – Leite Artificial

**LF** – Leite de Fórmula

**LM** – Leite Materno

**MAC** – Maternidade Doutor Alfredo da Costa

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PF** – Planeamento Familiar

**QI** – Quociente de Inteligência

**REBA** – Rutura Espontânea da Bolsa de Águas

**RN** – Recém-Nascido

**RSL** – Revisão Sistemática da Literatura

**SM** – Saúde Materna

**TP** – Trabalho de Parto

**UC** – Unidade Curricular

**UNICEF** – Fundo das Nações Unidas para a Infância

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

**VIH** – Vírus da Imunodeficiência Humana

## RESUMO

O leite materno é considerado pela OMS o alimento ideal para o recém-nascido (RN), sempre disponível, à temperatura ideal e devidamente esterilizado, é o único específico para a espécie humana e constitui um dos investimentos mais eficazes e rentáveis que um país pode fazer em prol da saúde das suas crianças e da “saúde” da sua economia e sociedade. O início precoce do aleitamento materno (AM) tem benefícios quer no estabelecimento da amamentação quer na sobrevivência dos RN. A promoção, proteção e suporte da amamentação devem constituir o foco principal de ação do EEESMO, influenciando diretamente a adoção de comportamentos saudáveis, no que respeita a um início de vida saudável.

O presente relatório pretende analisar o percurso efetuado para a aquisição e o desenvolvimento de competências inerentes ao exercício profissional do EEESMO, assim como aprofundar a temática da promoção da amamentação na primeira hora de vida. Os objetivos delineados foram: analisar as principais intervenções do EEESMO facilitadoras da amamentação na primeira hora de vida, identificadas na revisão da literatura e nos testemunhos das mães; refletir sobre as intervenções do EEESMO na promoção e apoio do AM; e contribuir para a promoção do AM na primeira hora de vida, através de intervenções de enfermagem especializadas.

Foi selecionado como referencial teórico norteador para a minha prática de cuidados a teoria do cuidar de médio alcance de Kristen Swanson.

A metodologia utilizada foi a da revisão sistemática da literatura (RSL), com recurso à plataforma EBSCO e às bases de dados CINAHL e MEDLINE. Os critérios de inclusão incluíam artigos publicados entre 2009 e 2016, em inglês, português ou castelhano, que fossem credíveis e pertinentes para a temática em estudo. Foram selecionados 9 artigos. Durante a prestação de cuidados foram elaboradas notas de campo, que posteriormente foram submetidas a análise de conteúdo e os achados comparados com os dados dos artigos.

Através da análise e discussão dos dados destacam-se as intervenções promotoras da amamentação na primeira hora: o suporte físico e emocional, o desenvolvimento da confiança e segurança maternas na sua competência para a prática do AM, o alojamento conjunto mãe-bebé, o contacto pele com pele

imediatamente após o parto e o início precoce e mantido do AM, num ambiente calmo e tranquilo e de suporte por parte dos enfermeiros, em especial do EEESMO.

Palavras-chave: aleitamento materno, promoção da amamentação, amamentação precoce, intervenções de enfermagem.



## **ABSTRACT**

Breastmilk is considered by the WHO to be the ideal food for the newborn, being always available, at the ideal temperature and properly "sterilized". Breastmilk is the only milk that is specific for the human species and constitutes one of the most effective and profitable investments a country can do for the health of its children and the "health" of its economy and society. Early initiation of breastfeeding has benefits both in establishing breastfeeding and in the survival of newborns. The promotion, protection and support of breastfeeding should be the main focus of the EEESMO (Specialized Nurse in Obstetrics), directly influencing the adoption of healthy start-of-life behaviours.

This report aims to analyse the path taken to acquire and develop the competencies inherent in the professional practice of the EEESMO, as well as to deepen the theme of promoting breastfeeding in the first hour of life. The outlined objectives were: to analyse the main interventions of the EEESMO in breastfeeding facilitators in the first hour of life, identified in the literature review and on the testimonies given by mothers; to reflect on the interventions of the EEESMO in the promotion and support of breastfeeding; and to contribute to the promotion of breastfeeding in the first hour of life, through specialized nursing interventions.

Kristen Swanson's theory of midrange care was selected as the guiding theoretical reference for my practice of care.

The methodology used was the systematic review of literature, using the EBSCO platform and the CINAHL and MEDLINE databases. Inclusion criteria include articles published between 2009 and 2016, in English, Portuguese or Spanish, that were credible and pertinent to the subject being studied. Nine articles were selected. During the ongoing health care provided, field notes were prepared, subsequently being submitted to the analysis of content and the findings compared to the data of the articles.

Through the analysis and discussion of the data, the interventions that promote breastfeeding in the first hour were highlighted: physical and emotional support, the development of maternal confidence and security in their competence to practice breastfeeding, the togetherness of the mother-baby set, skin with skin contact immediately after birth, early and continuous practice of breastfeeding, in a

calm and quiet environment and the support given by nurses, especially the EEESMO.

Keywords: breastfeeding, breastfeeding promotion, early breastfeeding, nursing interventions.

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	13
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b>	18
1.1. A prática de Aleitamento Materno em Portugal	19
1.2. Benefícios do Aleitamento Materno	22
1.3. Teoria do cuidar de médio alcance de Kristen Swanson	26
1.4. O cuidado do EEESMO à mulher/família na sala de partos	29
<b>2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</b>	32
2.1. Definição de objetivos	32
2.2. Questões de investigação	33
2.3. Revisão Sistemática da Literatura	36
2.4. Apresentação, análise e discussão dos dados	37
<b>3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO</b>	52
3.1. Reflexão sobre o desenvolvimento de competências durante o Ensino Clínico	52
3.1.1. Competência H2 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal	54
3.1.2. Competência H3 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	55
3.1.3. Competência H4 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	61
3.1.4. Competência Específica Individual – Presta cuidados especializados promotores da amamentação na primeira hora de vida	62
3.2. Considerações éticas	65
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	67
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	71
<b>APÊNDICES</b>	80
APÊNDICE I: Quadros Síntese dos Artigos Incluídos na Revisão Sistemática da Literatura	
APÊNDICE II: Quadros de Avaliação da Qualidade Metodológica dos Artigos	
APÊNDICE III: Guia para Registo de Interação	

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 – Estrutura do cuidar	28
Figura 2 – Processo de Pesquisa e Seleção	35
Figura 3 – Quadro de categorias e subcategorias que emergiram da análise das notas de campo	37

## **INTRODUÇÃO**

A formação e o desenvolvimento profissional apontam para a importância de o indivíduo “querer ser” competente, criando estratégias para promover a qualidade do seu exercício. A formação implica uma transformação individual que envolve a dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender (evolução das situações e a atualização). Todos estes saberes estão em interação e adaptação às situações contextuais (Dias, 2004).

A realização deste relatório de estágio insere-se no 2º ano, 4º semestre, do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), no âmbito da unidade curricular (UC) Estágio com Relatório, que teve lugar no Serviço de Urgência (Sala de Partos) da Maternidade Doutor Alfredo da Costa, do Centro Hospitalar de Lisboa Central E.P.E. Este Ensino Clínico (EC) teve início a 29 de fevereiro de 2016 e terminou a 8 de julho de 2016, num total de 525 horas.

Este relatório tem como finalidade constituir um documento de descrição e análise reflexiva do percurso de aprendizagem desenvolvido ao longo desta UC, descrevendo o modo como foram adquiridas as competências propostas no Projeto de Estágio inicialmente elaborado e inerentes ao exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO); e ainda o aprofundamento e o desenvolvimento de uma competência específica relativa a uma temática importante no contexto da prática de cuidados.

A temática escolhida foi a promoção da amamentação na primeira hora de vida e as intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas.

A elaboração da competência específica a desenvolver: “presta cuidados especializados promotores da amamentação na primeira hora de vida”; teve por base o Regulamento das Competências Específicas do EEESMOG (OE, 2011), as competências essenciais para a prática da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica preconizadas pelo *International Confederation of Midwives* (ICM, 2015), os objetivos definidos no Documento Orientador da UC, as minhas necessidades de aprendizagem e interesses pessoais e as especificidades do serviço onde decorreu a prática clínica. Sem nunca menosprezar o objetivo principal de desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

especializados à mulher, RN e família, durante os diferentes estádios do TP, puerpério e período neonatal (Documento Orientador da UC Estágio com Relatório, 2016).

Enquanto futura EEESMO tive oportunidade de conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio ao AM. O AM proporciona aos bebés o melhor começo de vida possível. O leite materno (LM) é um alimento vivo e o mais adequado às necessidades nutricionais do RN, funciona como a primeira vacina do bebé e protege-o de doenças potencialmente mortais. Está provado que o AM confere benefícios cognitivos e de saúde tanto para os bebés como para as mães. Esta prática é especialmente importante durante os primeiros seis meses de vida, tendo em conta que ajuda a prevenir doenças como a diarreia e a pneumonia, duas das principais causas de morte de bebés. Também as mães que amamentam apresentam um risco mais reduzido de desenvolver neoplasia dos ovários e da mama, duas das principais causas de morte entre as mulheres (OMS e UNICEF, 2017).

A Academia Americana de Pediatria (AAP), a *United Nations Children's Found* (UNICEF) e a *European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition* (ESPGHAN) recomendam o aleitamento materno exclusivo (AME) até aos 6 meses, com início na primeira hora de vida, e a sua manutenção até aos 2 anos ou mais se mutuamente desejado pela díade (OMS, 2003). Os benefícios para a mãe e RN, nomeadamente na redução da morbilidade e mortalidade fazem com que o AM constitua uma prioridade de saúde pública (Gartner et al, 2005).

Apesar de mundialmente reconhecida e consagrada a importância do AM, este permanece aquém das recomendações da OMS, e a sua prática em exclusivo está longe de ser universal. Em 2012, a 56ª Assembleia Mundial da Saúde definiu como meta para 2025 o aumento da taxa da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida para pelo menos 50% (OMS, 2013). A OMS e a UNICEF (2017) num comunicado conjunto divulgado no âmbito da Semana Mundial do AM de 2017, vêm alertar para o facto de que nenhum país do mundo cumpre na totalidade os padrões recomendados para o AM. A tabela de classificação mundial sobre AM que compila os dados dos países de todo o mundo sobre AM, e avaliou 194 países, concluiu que apenas 40% das crianças menores de seis meses são amamentadas exclusivamente com LM e que apenas 23 países apresentam taxas de AME acima de 60% (OMS e UNICEF, 2017).

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

Recentemente foi publicado um estudo que demonstra que um investimento anual de apenas 4,70 dólares por RN seria suficiente para promover um aumento para 50% na taxa de AME de crianças menores de seis meses até 2025. O programa mundial que fomenta o investimento no AM, tendo em vista a saúde e a riqueza dos países, salienta que o cumprimento desta medida poderia salvar a vida de 520.000 crianças menores de cinco anos e poderia gerar ganhos económicos no valor de 300 mil milhões de dólares, em 10 anos, como resultado da redução de doenças, dos custos de saúde, e do aumento da produtividade. O AM acaba por ser um dos investimentos mais eficazes e rentáveis que um país pode fazer em prol da saúde das suas crianças e da “saúde” da sua economia e sociedade (OMS e UNICEF, 2017).

O estudo de Victora et al (2016), sobre os padrões atuais e tendências da amamentação no mundo, demonstra que os países desenvolvidos apresentam uma menor duração da amamentação quando comparados com os países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, apesar de, nestes últimos, apenas 37% das crianças menores de seis meses são amamentadas exclusivamente. No entanto, na maioria dos países desenvolvidos, a sua prevalência é inferior a 37%, muito aquém do pretendido pela OMS/UNICEF. O mesmo trabalho estima que caso a amamentação fosse praticada universalmente, poderia prevenir 823.000 mortes de crianças menores de cinco anos a cada ano, e 20.000 óbitos de mulheres por cancro da mama anualmente (Victora et al, 2016).

Em Portugal, tal como noutros países desenvolvidos, as taxas de AME aos seis meses de idade e de AM complementar até aos dois anos, marcos etários recomendados pela OMS, ficam muito aquém do desejável (DGS, 2014).

Embora seja incontestável a importância do AM e dos seus benefícios, este não se encontra totalmente promovido e apoiado, na medida em que continuam a existir obstáculos nas instituições sociais e de saúde tanto no início como na sua manutenção. Neste contexto a promoção da amamentação deve constituir o foco principal de ação do EEESMO, a sua função é extremamente importante no incentivo, ensino e esclarecimento sobre o AM, influenciando diretamente a adoção de comportamentos saudáveis, nomeadamente no que respeita a um início de vida saudável, que entre outras coisas passa por uma alimentação adequada (DGS, 2014).

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

Conforme os dados fornecidos pela UNICEF (2016), sobre o início da amamentação na primeira hora de vida, apenas 45% dos RN em 2015 foram amamentados na primeira hora, do total de 140 milhões de nados-vivos em 2015 cerca de 77 milhões foram colocados à mama tardiamente, desperdiçando a proteção que o AM precoce confere aos RN, nesta altura tão vulnerável. A evidência científica recente demonstra que o risco de morte nos primeiros 28 dias de vida aumenta para 41% nos RN que iniciaram o AM entre duas a vinte e três horas depois do parto, e ascende para 79% naqueles que apenas iniciam esta prática um ou mais dias após o nascimento. É do conhecimento geral que o início precoce do AM tem benefícios quer no estabelecimento da amamentação quer na sobrevivência dos RN (OMS e UNICEF, 2015).

O meu interesse por esta temática da amamentação na primeira hora de vida surge não só através dos dados fornecidos pela evidência científica mas também da minha percepção acerca da importância do AM precoce como um fator preponderante para o início e manutenção bem-sucedida da amamentação. Uma das recomendações da OMS e da UNICEF às instituições que prestam serviços obstétricos e cuidados a RN, materializa-se na 4ª medida da Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB), que se traduz em “ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira hora após o nascimento”, (Galvão, 2009, p.8).

A colocação do bebé à mama e o contacto precoce da mãe com o filho está associado a uma maior duração da amamentação, menor risco de hipoglicémia, de dificuldade respiratória, hipotermia e icterícia no RN. Para além disso melhora a interação mãe-bebé, favorecendo o seu vínculo afetivo e diminuindo o *stress* e o choro. É fundamental a intervenção do EEESMO na melhoria da prática de cuidados e na implementação de medidas promotoras da amamentação na primeira hora de vida. Para tal, é necessário alertar os restantes enfermeiros para a importância de ajudar as mães a iniciar a amamentação logo após o nascimento. Nesse sentido, deve facultar-se informação e motivar os enfermeiros da sala de partos a alterar as práticas preestabelecidas de pesar, administrar medicação e vestir o RN antes deste ser colocado em contacto com a mãe. A sua atuação é também determinante na educação para a saúde às mães, para que estas estando mais informadas solicitem esta intervenção (Galvão, 2009).



**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

O presente relatório de estágio teve como principais objetivos:

- ✓ Clarificar o quadro teórico de referência utilizado na implementação do projeto de estágio;
- ✓ Descrever a metodologia utilizada para a concretização dos objetivos propostos;
- ✓ Apresentar e analisar os resultados obtidos e o seu contributo para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais como futura EEESMO;
- ✓ Explicitar as atividades realizadas tendo em vista a obtenção do título de Enfermeiro Especialista e do grau académico de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia;
- ✓ Refletir sobre a prática de cuidados desenvolvida, as dificuldades sentidas e o percurso de aprendizagem.

Este documento encontra-se organizado em quatro capítulos principais:

O enquadramento conceptual, onde entre outros aspetos foram clarificados conceitos sobre a temática abordada e foi descrita a teoria do cuidar de médio alcance de Kristen Swanson, que serviu de norteadora para a minha prática de cuidados. O capítulo 2 diz respeito ao enquadramento metodológico, onde foram descritos os aspetos metodológicos, e foram apresentados e discutidos os dados obtidos através da metodologia da revisão sistemática da literatura (RSL) e da análise das notas de campo, resultantes da interação durante a prestação de cuidados. No capítulo seguinte faz-se uma contextualização do EC, no qual foram apresentadas e analisadas as atividades desenvolvidas tendo em vista a aquisição das competências previstas para o EC, incluindo a competência relativa à problemática do AM. Termina-se este relatório com considerações finais, onde se procedeu à análise crítica de todo o percurso, dos principais contributos deste trabalho para a prática e as sugestões para projetos futuros.

## **1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

O quadro conceptual consiste na explicação de um conjunto de conceitos e subconceitos interligados e reunidos tendo em conta as suas ligações com o problema de investigação (Fortin, 2009).

Para proceder à análise da temática que pretendo estudar irei abordar os conceitos e pressupostos teóricos inerentes ao estudo, o que constituirá o suporte deste trabalho.

### **Aleitamento Materno**

É o conjunto de processos nutricionais, comportamentais e fisiológicos envolvidos na ingestão, pela criança, do leite produzido pela mãe, diretamente na mama ou por extração (Saraiva, 2010).

### **Amamentação**

É um tipo de ligação mãe-filho, implica uma aceitação mútua entre ambos, bem como uma aprendizagem, adaptação, coordenação, carinho, amor, compreensão entre a díade. Implica disponibilidade e entrega por parte da mãe, porque doutra forma o fenómeno da produção láctea não funcionará adequadamente (Pereira, 2006).

### **Amamentação na primeira hora de vida**

A amamentação na primeira hora de vida é recomendada pela OMS, corresponde à 4ª medida da IHAB e em conjunto com o contacto pele com pele representam um critério que integra o projeto Maternidade com Qualidade da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Ordem dos Enfermeiros (MCEESMO-OE). A colocação do bebé em contacto pele com pele logo após o nascimento e a amamentação na primeira hora de vida são fatores preponderantes para o início e sucesso da amamentação e favorecem o estabelecimento do vínculo afetivo mãe/filho (Galvão, 2009).

### **1.1. A prática de Aleitamento Materno em Portugal**

O reconhecimento da importância da amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida da criança e a falta de padronização quanto à sua definição, levou a OMS em 1991 a estabelecer as definições de AM. Segundo a OMS, uma criança é considerada em AME quando recebe apenas leite humano e nenhum outro líquido ou sólido, exceto medicamentos, gotas ou xaropes com vitaminas. A OMS e a UNICEF recomendam a amamentação exclusiva até aos 6 meses de vida e complementada com outros alimentos até aos 2 anos ou mais (OMS, 2011).

Nas últimas três décadas têm vindo a ser desenvolvidas várias iniciativas com o objetivo de realçar o AM como uma prioridade de saúde pública mundial, assim definida pela OMS/UNICEF em 1989 e reassumida em 2004 e 2008. No âmbito da promoção da saúde com o objetivo de aumentar as taxas de AM, têm sido desenvolvidos programas governamentais e não governamentais, o mais difundido e o que obteve mais sucesso: o programa Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (*Baby Friendly Hospital Initiative*). A divulgação e a aplicabilidade das “Dez Medidas” são instrumentos vitais para a promoção, proteção e suporte à amamentação, de forma a garantir um ótimo início de vida a milhões de bebés.

A Declaração *Innocenti* aprovada em Florença no ano de 1990 foi adotada mais tarde, em 1992 pela 45ª Assembleia Mundial da Saúde, que recomendou e propôs algumas metas que os países, dentre os quais Portugal, deveriam ter cumprido até ao ano de 1995. Em 1996, a Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés realizou o primeiro curso de aconselhamento em AM em Portugal, com a colaboração da OMS/UNICEF (OMS e UNICEF, 1993).

O cumprimento do Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno, adotado por Portugal desde 1981, é também um dos requisitos para ser considerado “Hospital Amigo dos Bebés”. Apenas em Outubro de 2005 o Hospital Garcia de Orta passou a ser o primeiro hospital português a integrar o programa IHAB. Com o objetivo de promover o AM e uniformizar os conhecimentos e os procedimentos relativamente a esta temática. Em 2002 foi publicado o Manual de Aleitamento Materno, editado pelo comité português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Este Comité, segundo orientações da OMS/UNICEF, tem a função de realizar formação em AM aos profissionais de saúde que trabalham com grávidas e RN, para o cumprimento das dez medidas e

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

implementação no país da IHAB, tendo em conta que este é o programa que mais promove a proteção e apoio ao AM (Pereira, 2006).

A proteção, promoção e suporte ao AM são uma prioridade de saúde pública em toda a Europa. As baixas taxas de AM ou o desmame precoce têm consequências negativas para a saúde e estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente, resultando num aumento das despesas do serviço nacional de saúde, assim como das desigualdades em saúde. Tornou-se imperativo o desenvolvimento de estratégias globais para a alimentação de lactentes e crianças na 1ª infância, depois da 55ª Assembleia Mundial de Saúde em 2002, que forneceu as bases para as iniciativas de saúde pública (União Europeia, 2008).

Tendo em consideração que o AM só pode ser protegido, promovido e apoiado através de uma ação adequada e estruturada, a Direção Geral para a Proteção da Saúde e do Consumidor da União Europeia, desenvolveu em 2004 um projeto a nível europeu com o objetivo de melhorar as práticas e as taxas de início, exclusividade e duração de AM, aumentar o número de pais confiantes e habilitados no âmbito do AM, e de profissionais de saúde mais competentes e satisfeitos no trabalho (União Europeia, 2008).

Portugal foi um dos vinte e nove países incluídos neste projeto em ação, revisto em 2008, que tinha como finalidade a promoção, proteção e suporte ao AM. O Ministério da Saúde no seu Plano Nacional de Saúde (2012-2016), recomenda o incentivo ao AM e assume-o como um critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais, ou seja, considera-o como o primeiro estilo de vida saudável na vida de uma criança, pelos benefícios que traz para o RN e para a mãe. No entanto as taxas e práticas de AM, em Portugal, ficam aquém das recomendações da OMS e da UNICEF. Segundo a União Europeia (2008), mesmo em países onde as taxas de início do AM são elevadas, as taxas de duração são reduzidas em comparação com o que seria desejado, em particular as taxas AME. O declínio nas taxas de AME ocorre sobretudo logo após a alta hospitalar e cerca dos quatro/cinco meses de idade, coincidindo possivelmente com o regresso ao trabalho ou com a introdução precoce da alimentação complementar.

Através da interpretação dos dados do Registo do Aleitamento Materno (RAM) em Portugal, relativos ao ano de 2013, colhidos até ao dia da alta hospitalar, concluiu-se que nos hospitais que integram a IHAB 86,1% dos lactentes iniciou AM na primeira hora de vida; 90,8% dos que mantiveram AME foram amamentados na

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

primeira hora e 73,8% dos RN que fizeram AM e artificial também foram amamentados na primeira hora. À data da alta uma grande percentagem de lactentes cumpria AME, 78,8% nos hospitais IHAB e 76,7% nos restantes hospitais. Verificou-se uma diminuição significativa do AME aos quatro meses para 35%. Relativamente aos dados colhidos no episódio de vacinação entre os cinco e os seis meses, constatou-se que apenas 22,1% das crianças mantinha ainda AME e 55,9% ainda recebia leite materno aos 150 dias. Estes números revelam uma grande prevalência de AME à data da alta, e uma elevada percentagem de RN que foram amamentados na primeira hora de vida. No entanto, um grande número de mães desistiu do seu projeto de amamentar ainda durante os primeiros seis meses de vida, permanecendo as suas razões por esclarecer (DGS, 2014).

Tendo em consideração os dados acima referidos, confirma-se que o AM não se encontra totalmente promovido e apoiado. Muitas instituições sociais e de saúde facultam serviços que, muitas das vezes, representam obstáculos ao início e à manutenção da amamentação. A promoção do AM é amplamente baseada na eliminação desses obstáculos através do cumprimento do Código Internacional dos Substitutos do LM e da legislação de proteção à maternidade. A proteção contra a discriminação do AM em público e a limitação da distribuição de fórmulas lácteas gratuitas a famílias desfavorecidas, substituindo-a por iniciativas que promovam e apoiem o AM, também representam um papel importante (União Europeia, 2008).

A legislação portuguesa confere proteção e incentivo à prática do AM através da Lei n.º 120/2015 de 1 de setembro, que altera o código do trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro e reforça assim os direitos de maternidade e paternidade. A licença parental materna durante 150 dias permite a manutenção do AME, possibilitado pelo alojamento conjunto, condição essencial para a sua continuação. A mãe que amamenta tem direito a dispensa de trabalho, por dois períodos distintos com a duração máxima de uma hora, durante o tempo que durar a amamentação, sem qualquer penalização salarial ou perda de regalia, promovendo o AM pela redução do tempo de separação mãe/bebé.

É imprescindível prestar apoio quer às mães que amamentam quer às mães que decidem não o fazer. De acordo com Nelas, Ferreira e Duarte (2008) cabe aos enfermeiros respeitar a decisão tomada pela mãe, mas também, garantir que essa decisão é consciente e informada. Assim, os pais devem ser informados sobre os benefícios do AM, as dificuldades mais comuns, as contraindicações e a legislação

existente neste âmbito.

A promoção da amamentação deve constituir o foco principal de ação do enfermeiro. Segundo as recomendações da União Europeia (2008), é fundamental a informação, educação e comunicação adequadas para o restabelecimento de uma cultura de AM. Estas intervenções de enfermagem no âmbito do AM, influenciam diretamente a adoção de comportamentos saudáveis, nomeadamente no que respeita a um início de vida saudável, que entre outras coisas passa por uma alimentação adequada (DGS, 2014).

Atualmente pensa-se que o sucesso da amamentação depende do desejo de amamentar por parte da mãe, da satisfação com a amamentação e da disponibilidade de sistemas de apoio ao AM. Contudo, as mulheres precisam de encorajamento e assistência quer durante o internamento quer no domicílio, como forma de aumentar as oportunidades de satisfação e o sucesso (Hockenberry e Wilson, 2014).

Segundo Hockenberry e Wilson (2014) as intervenções promotoras do AM passam pelo contacto pele com pele e amamentação precoce; alojamento conjunto; amamentação em horário livre; boas práticas por parte dos profissionais de saúde, na informação e educação que realizam sobre a importância da amamentação, não administrando LA e não realizando propaganda sobre os substitutos do LM e reforçando os ensinamentos e o apoio às mães especialmente depois da alta.

## **1.2. Benefícios do Aleitamento Materno**

O LM é considerado pela OMS o alimento ideal para o RN, sempre disponível, à temperatura adequada e devidamente esterilizado, é o único específico para a espécie humana, adapta-se às suas necessidades alterando a sua composição desde o colostro até ao leite maduro. A mama começa por segregar o colostro, cuja composição se ajusta perfeitamente às necessidades do bebé, com mais proteínas e minerais do que o leite, possui um menor teor de gorduras e hidratos de carbono o que o torna facilmente digerível, adequado a um aparelho digestivo ainda imaturo. O seu baixo valor calórico estimula o apetite do bebé e as suas propriedades laxantes favorecem a eliminação de mecónio. É rico em imunoglobulinas (IgA, IgM, IgG), lisozimas, lactoferrina, fatores bifidos, linfócitos, granulócitos, neutrófilos e células epiteliais (Galvão, 2006).

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

Os seus benefícios estão amplamente comprovados e difundidos, dentre os quais importa salientar um menor risco infeccioso, com diminuição no risco de infecções gastrointestinais, do ouvido médio e respiratórias graves, muitas vezes com necessidade de hospitalização. Confere proteção contras as alergias, principalmente das proteínas do leite de vaca, leucemia linfocítica aguda e síndrome de morte súbita do lactente. A longo prazo é importante para a prevenção do desenvolvimento de doenças crónicas e contribui para a diminuição do risco de obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares (Aguiar e Silva, 2011).

A importância do AM tem sido vastamente documentada em várias publicações a nível mundial, entre os benefícios desta prática salienta-se a influência positiva na sobrevivência, na saúde e no desenvolvimento das crianças, independentemente do país onde nasçam (Giugliani e Santos, 2017).

Revisões sistemáticas da literatura (RSL) e meta-análises demonstraram que em termos de desigualdades, a amamentação é um dos poucos comportamentos de saúde positivos mais prevalente nos países pobres do que nos ricos, contribuindo para a redução das disparidades em saúde entre crianças ricas e pobres, entre países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, que seriam ainda maiores na sua ausência (Victora et al, 2016).

O estudo de Victora et al (2016) realça a importância da amamentação para todas as mulheres e crianças, independentemente do país onde vivem, e da sua condição financeira. Práticas adequadas de AM previnem a morbilidade infantil por diarreia, infeções respiratórias e otite média. Nos locais onde as doenças infecciosas são causas de morte, a amamentação confere proteção. Mesmo em crianças nos países desenvolvidos, a amamentação diminui a mortalidade causada por enterocolite necrosante e o síndrome de morte súbita infantil. Resultados obtidos demonstraram que a amamentação melhora as capacidades humanas através do aumento do quociente de inteligência (QI) e possibilita o adequado crescimento das estruturas dentárias, reduzindo a ocorrência de mal oclusões.

Segundo Levy e Bértolo (2012) o AM confere também benefícios às mães, promove uma involução uterina mais precoce, fornece proteção contra neoplasias da mama e do ovário, protege contra a diabetes tipo 2, e sobretudo possibilita às mães experienciar o prazer único de amamentar.

O AM é o método mais económico, livre de contaminação e uma opção como forma de evitar uma nova gravidez. No entanto implica o cumprimento de

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

determinadas condições: AM praticado em horário livre, sem intervalos noturnos, sem suplementos de outro leite, nem complementado com qualquer tipo de comida. Esta proteção pode prolongar-se até aos 6 meses do bebé e enquanto a mulher não menstruar (Levy e Bértolo, 2012).

A investigação de Victora et al (2016) confirmou a evidência da associação inversa entre amamentação e cancro da mama, por cada aumento de 12 meses na duração do AM esteve associada uma diminuição de 4,3% na incidência de neoplasia mamária invasiva. Uma meta-análise de 41 estudos sobre AM e neoplasia do ovário demonstrou uma redução de 30% dos casos quando associada a períodos mais longos de amamentação. Os mesmos autores pesquisaram a existência de associação entre osteoporose e amamentação, mas não foi encontrada relação entre AM e densidade mineral óssea nos estudos disponíveis.

Uma RSL sobre excesso de peso e AM, concluiu que o índice de massa corporal (IMC) médio foi 1% menor por cada seis meses de amamentação. Uma meta-análise de 6 estudos de coorte também mostrou efeitos positivos do AM contra a ocorrência de diabetes mellitus tipo 2 materna. E uma revisão de 48 estudos demonstrou associação entre a amamentação e uma menor incidência de depressão materna (Victora et al, 2016).

Tendo em consideração as taxas de mortalidade infantil, importa mencionar que a amamentação também confere proteção nos países desenvolvidos. Uma meta-análise indicou que a amamentação associou-se a uma redução de 36% nos casos de morte súbita infantil e outro estudo demonstrou uma redução de 58% nos episódios de enterocolite necrosante, uma doença letal em qualquer país. Existe evidência irrefutável de que a amamentação protege contra a diarreia e infeções respiratórias, cerca de metade de todos os episódios de diarreia e um terço das infeções respiratórias poderiam ser evitadas pela amamentação. A redução das hospitalizações devido a estas doenças é ainda maior, a amamentação pode prevenir 72% dos internamentos por diarreia e 57% por infeções respiratórias. Este estudo evidencia que o AM confere uma proteção importante contra casos de otite média em crianças menores de 2 anos de idade, no entanto, no que diz respeito à asma observou-se apenas uma redução de 9%. Quanto à saúde oral os resultados demonstraram que a amamentação foi associada a uma redução de 68% na ocorrência de mal oclusões. Não se observaram evidências da proteção do AM



**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

contra doenças alérgicas, eczema ou alergias alimentares e apenas alguma evidência de proteção contra rinite alérgica foi demonstrada (Victora et al, 2016).

Analisando os benefícios do AM a longo prazo para a criança, concluiu-se que períodos mais longos de amamentação foram associados a uma redução de 26% na probabilidade de desenvolver excesso de peso ou obesidade. Na incidência de diabetes tipo 2 os resultados indicaram uma redução de 24% nas crianças amamentadas. Uma revisão de seis estudos demonstrou um possível efeito protetor contra a diabetes tipo 1. E uma revisão de 18 estudos indicou que a amamentação está associada a uma redução de 19% na incidência de leucemia na infância. As meta-análises para tensão arterial e colesterol total não demonstraram evidência do efeito protetor da amamentação, no entanto o AM foi associado a um melhor desempenho em testes de inteligência em crianças e adolescentes, com um aumento combinado de 3,4 pontos no QI (Victora et al, 2016).

Segundo Verduci et al (2014) o LM não é apenas um suplemento nutricional perfeitamente adaptado aos RN, mas provavelmente o medicamento personalizado mais específico que os mesmos receberão num momento em que a sua genética se ajusta para a vida. O LM transmite elementos da microbiota, microbioma e respostas imunes da mãe e ainda fornece prebióticos específicos importantes para o crescimento de bactérias benéficas no intestino do bebê.

A alimentação da criança é um determinante fundamental do seu microbioma, as crianças amamentadas apresentam diferenças microbianas persistentes devido ao efeito dos oligossacarídeos presentes no leite humano. O leite humano contém uma grande variedade de açúcares, superior a qualquer outro mamífero, sendo que 8% do seu valor calórico é obtido sob a forma de oligossacarídeos indigeríveis, que contribuem para o crescimento de bactérias específicas. Portanto, existe especificidade entre o LM e o microbioma da criança, o que causa diferentes efeitos de acordo com as bactérias no metabolismo e na imunidade da criança (De Leoz et al, 2015).

O AM tem um papel fundamental ao favorecer o estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe-bebê, fortalecendo a relação entre ambos. É um processo que implica interação profunda entre mãe e filho, com repercussões importantes no desenvolvimento cognitivo e emocional do bebê e na saúde física e psíquica da mãe. A amamentação é o primeiro contacto entre mãe e filho e representa um dos cuidados primordiais com o bebê, é uma experiência determinante na organização

da personalidade da criança. Pode-se até afirmar que o AM é um elemento essencial para o desenvolvimento saudável da criança (Müller e Donelli, 2017).

A amamentação permite a interação do bebé com a mãe, em que há trocas de afeto, olhares e alimento, que fazem parte do relacionamento entre a díade e que servirão de base para a formação do psiquismo do bebé (Bowlby, 2002).

Alimentar uma criança com LM é incontestavelmente mais económico para as famílias, instituições de saúde e governos, uma vez que reduz as infeções e outras doenças, diminui o absentismo dos pais, os gastos com a saúde e com o leite artificial. O AM contribui para a saúde do planeta, tendo em conta que o leite humano é produzido, transportado e consumido sem poluição nem subprodutos. É o alimento mais ecológico, não consome energia nem recursos naturais. Não polui o ambiente nem contamina a água (Saraiva, 2010).

### **1.3. Teoria do cuidar de médio alcance de Kristen Swanson**

A Enfermagem é uma ciência que tem como objeto de estudo o cuidado holístico ao ser humano, individual, na família ou na comunidade. Swanson (1993) define Enfermagem como o cuidado informado que tem como finalidade o bem-estar do outro. Identifica o cuidado como a essência desta profissão.

A teoria do cuidar de Kristen Swanson que orientou a minha prestação de cuidados, insere-se no paradigma da transformação, que teve início nos anos 70. Segundo este paradigma, os fenómenos são percecionados como únicos, mas em interação com o que os rodeia (Kéroutac, 1996).

As teorias de enfermagem não conferem apenas significado ao conhecimento, mas também ajudam a melhorar a prática, descrevendo, antevendo e explicando os fenómenos. A nossa prática será tanto mais reconhecida e respeitada, quanto mais apoiada estiver em conhecimentos teóricos que nos ajudam a ter um pensamento mais crítico e a ser cada vez mais autónomos na tomada de decisão (Tomey e Alligood, 2004).

Swanson (1993) desenvolveu uma teoria do cuidar considerada de médio alcance, que se caracteriza por ser menos abstrata, mais direcionada e específica para a prática de Enfermagem. A autora identifica como componentes essenciais do cuidar as pessoas/clientes, o ambiente, a saúde, o bem-estar, os enfermeiros e o cuidado informado.

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

Swanson (2006), define o cuidar como uma forma de se relacionar, crescendo com um outro significativo, com o qual temos um sentimento pessoal de compromisso e de responsabilidade. A relação estabelecida entre enfermeiro-cliente constitui uma relação de compromisso e responsabilidade.

Elegi esta teórica porque considera as pessoas como seres únicos, que manifestam a sua plenitude através de pensamentos, sentimentos e comportamentos. São dotadas de experiências, que são influenciadas pelo seu código genético, espiritualidade e pela sua capacidade de decisão. Segundo a autora, as pessoas não estão estagnadas, estão a evoluir na relação que estabelecem com o outro, adaptam-se e são adaptadas pelo ambiente ao seu redor (Swanson, 1993).

Tendo em conta que me propus a identificar as intervenções promotoras do início do AM na primeira hora de vida e o seu contributo para o sucesso da amamentação, selecionei esta teoria como norteadora da minha filosofia e prática de cuidados, pela sua aplicabilidade ao contexto da amamentação, principalmente na promoção, proteção e apoio ao AM. E ainda, no auxílio nas dificuldades sentidas pelas puérperas durante os “momentos críticos” antes da amamentação estar estabelecida. Possibilitando-me, enquanto enfermeira, manter a crença na pessoa/família a quem prestava cuidados.

Swanson (2006) identificou cinco categorias ou processos do cuidar que apesar de descrever separadamente, considera que não se excluem mutuamente, são estes: “conhecer”, “estar com”, “fazer por”, “possibilitar” e por último “manter a crença” e a forma como se articulam entre si pode ser visualizada na figura nº 1.

“Conhecer” é o esforço de compreender o significado que determinado acontecimento tem na vida do outro. O enfermeiro trabalha na base do conhecimento, centra-se na pessoa que é cuidada e faz uma apreciação meticulosa da experiência de quem é cuidado (Swanson, 2006).

“Estar com” é estar emocionalmente disponível para o outro. Estar lá, conduzindo a uma eficácia progressiva, partilhando sentimentos bons e maus. A presença e a partilha são orientadas para uma conduta responsável e por isso aquele que cuida não oprime ou sobrecarrega aquele que é cuidado. A presença emocional é um caminho de participação nos significados, sentimentos e experiências de vida de cada um a quem são prestados cuidados (Swanson, 2006).

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

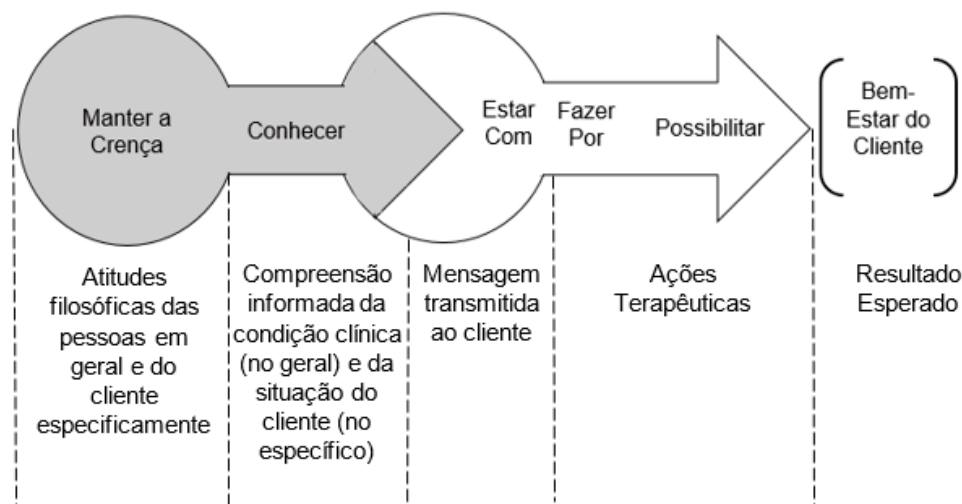
“Fazer por” significa fazer pelo outro aquilo que ele faria sozinho caso lhe fosse possível, implica antecipar as necessidades do cliente. Tem como pressuposto fundamental a preservação da dignidade do outro, para todas as ações do enfermeiro, mesmo que estas colidam com os seus próprios interesses e/ou da instituição (Swanson, 2006).

“Possibilitar” consiste em facilitar a passagem através das transições da vida e eventos desconhecidos. É usar da melhor forma o conhecimento, permitindo o crescimento e a atualização do cliente, promovendo o seu autocuidado (Swanson, 2006).

“Manter a crença” consiste em acreditar nas capacidades do outro para ultrapassar um acontecimento ou transição, mantendo uma atitude de esperança e de otimismo realista (Swanson, 2006).

Foram estes os cinco pressupostos que desenvolvi com a mulher/família, e que me permitiram através do “cuidar” estabelecer uma relação de compromisso e responsabilidade (Swanson, 2011).

**Figura 1 – Estrutura do cuidar**



Fonte: Swanson, K. M. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others.  
Imagem: *Journal of Nursing Scholarship*. 25 (4), 352-357

#### **1.4. O cuidado do EEESMO à mulher/família na sala de partos**

Gravidez, parto e amamentação fazem parte de um *continuum* que erradamente separamos. Gravidez, parto e puerpério (amamentação), são etapas do mesmo processo de maternidade, que devem ser analisadas de forma interdisciplinar, numa procura constante de complementaridade (Jones, 2017).

Na sociedade atual tem-se verificado uma crescente preocupação com a excessiva medicalização na assistência ao parto, como consequência da supremacia da técnica. Surgem cada vez mais indícios que comprovam o risco do intervencionismo exagerado na delicada estrutura do nascimento. Segundo Jones (2017), as pesquisas mais recentes que associam a cesariana, à leucemia e à obesidade, apenas demonstram que cuidar do parto e da amamentação tem um significado mais lato do que simplesmente assegurar a segurança de um momento potencialmente empoderador na vida de mães e bebés. Asseguram a proteção para a vida inteira daquele que nasce.

Os primeiros sons, luzes e experiências deixam marcas inalteráveis no ser humano. Como tal, manter a harmonia entre os elementos técnicos, fisiológicos, psicológicos, emocionais e espirituais do nascimento é o papel dos profissionais que estão presentes no momento decisivo e mágico que é o parto (Jones, 2017).

A modernidade determinou uma mudança dramática na estética do parto: a hospitalização, que por sua vez condicionou uma inversão no sistema de poderes relacionados com o nascimento. O parto deixou de ser um acontecimento sociocultural e passou a ser visto como um ato médico, controlado pelos profissionais de saúde. A mulher deixou de “exercer o poder sobre o nascimento” e o médico por sua vez passou a deter o controlo de todas as ações. Os mesmos autores atribuem a origem da maioria dos problemas da amamentação ao abandono de posturas, atitudes e condutas ancestrais em busca de uma sociedade moderna, industrializada, individual e tecnicista. Segundo Jones (2017) até a amamentação que anteriormente era essencial para a sobrevivência dos RN passou nos tempos modernos a ser substituída por leites artificiais.

Vários países, de acordo com as orientações da OMS, procuraram encontrar estratégias para promover o parto normal, com a menor intervenção técnica possível, permitindo à parturiente a tomada de decisão informada, participar

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

ativamente no decurso do parto, garantindo o acesso e a qualidade na assistência ao parto normal (APEO e FAME, 2009).

A APEO associou-se à FAME na sua “Iniciativa Parto Normal” e elaboraram um documento de consenso com a finalidade de incentivar a atuação dos profissionais, facultar diretrizes de atuação em todas as fases do TP, parto e pós-parto; facilitar a participação das mulheres na tomada de decisão e na obtenção de consenso com a equipa multidisciplinar, preservando sempre a sua segurança e a do RN, promover cuidados com a mínima intervenção obstétrica e orientar as instituições de saúde obstétricas na assistência ao parto normal, zelando pela qualidade e equidade nos cuidados (APEO e FAME, 2009).

Os cuidados individualizados por parte do EEESMO devem ser implementados como contributo para a humanização do parto, de forma a promover experiências positivas e gratificantes para a mulher. O EEESMO ao permanecer 24 horas com a mulher e o seu convivente significativo assume o compromisso e a responsabilidade de estabelecer uma relação de ajuda durante o TP e parto. Conforme Swanson (2006) afirma, cuidar consiste no estabelecimento de uma relação com o outro, tendo por base um sentimento pessoal de compromisso e responsabilidade.

Segundo Ramalho (2010) os cuidados são percecionados como uma relação terapêutica pelas parturientes, o mais importante é a construção desta relação. Estabelecer uma relação não é uma técnica ou procedimento, é uma maneira de ser. Esta maneira de ser implica o reconhecimento do outro, como pessoa única, distinta de todas as outras e compreendida na sua singularidade.

É essencial que o EEESMO, à luz da teoria do cuidar de Kristen Swanson, compreenda a realidade pessoal da parturiente, procurando “conhecer” de que forma o TP e parto estão a ser experienciados, qual o significado que este nascimento tem para o casal, como está a ser vivenciado o processo de transição para a parentalidade, quais as suas crenças, desejos e valores.

“Estar com” o casal, demonstrar disponibilidade, faz com que estes utentes sintam que a sua experiência é valorizada.

“Fazer por” antecipando as necessidades da parturiente, promovendo o conforto, o alívio da dor e contribuindo para o seu bem-estar.

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

“Possibilitar” à parturiente, devidamente informada, a participação ativa nas tomadas de decisão, contribuindo para uma experiência positiva, gratificante e humanizada.

“Manter a crença”, acreditar na capacidade da mulher, ajudá-la a manter a esperança de que vai conseguir ultrapassar este evento de forma muito positiva.

## **2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

Neste capítulo pretendeu-se definir os elementos de natureza metodológica que serviram de guia para este estudo.

Segundo Lakatos (2002), o tema é o assunto que se deseja estudar e pesquisar. Escolher o tema significa selecionar um assunto de acordo com as inclinações, as possibilidades, as aptidões e as tendências de quem se propõe a elaborar um trabalho científico. O meu interesse pela temática surgiu após a revisão narrativa da literatura, que abrangeu a consulta de artigos, monografias, teses de dissertação de mestrado, teses de doutoramento, pesquisa em *sites* oficiais, revistas e livros.

### **2.1. Definição de objetivos**

O objetivo torna explícito o problema, aumentando os conhecimentos sobre determinado assunto. Os objetivos podem definir a natureza do trabalho, o tipo de problema a ser selecionado e o material a recolher. Podem ser intrínsecos ou extrínsecos, teóricos ou práticos, gerais ou específicos, a curto ou a longo prazo (Lakatos, 2002).

Estabeleci como objetivos gerais deste estudo:

- ✓ Analisar quais as principais intervenções do EEESMO às puérperas, RN e famílias, facilitadoras da amamentação na primeira hora de vida;
- ✓ Contribuir para a promoção do AM na primeira hora de vida, através de intervenções de enfermagem especializadas;
- ✓ Refletir sobre as intervenções do EEESMO na promoção, apoio e estabelecimento do AM.

E como objetivos específicos:

- ✓ Identificar quais as principais intervenções do EEESMO promotoras da amamentação na primeira hora de vida através da metodologia da revisão sistemática da literatura;
- ✓ Identificar as principais dificuldades/obstáculos relacionados com o AM na



**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

primeira hora de vida;

- ✓ Desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais que me permitam promover o AM na primeira hora de vida;
- ✓ Ajudar as mães a iniciar o AM na primeira hora após o parto.

## **2.2. Questões de investigação**

Ao enunciar a questão de investigação encontramos-nos a orientar a formulação do problema de investigação e, por conseguinte, a esboçar o quadro teórico ou conceptual (Fortin, 2009).

Esta questão de partida deverá contemplar elementos essenciais, de acordo com os estudos quantitativos: população (P), intervenções (I) e os resultados (O), atendendo desta forma à mnemónica PI[C]O. Poderá ainda ser incluído um elemento opcional de comparação (C) (JBI, 2014).

No que diz respeito aos estudos qualitativos a mnemónica utilizada é a PICo em que o (P) diz respeito aos participantes, (I) ao fenómeno de interesse e o (Co) corresponde ao contexto (JBI, 2014).

As questões de investigação que serviram de base para identificar os estudos recentes existentes acerca da problemática em questão, foram as seguintes:

**“Quais as intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas na promoção da amamentação na primeira hora de vida?”**

**(P) População:** Puérperas

**(I) Intervenção:** Intervenções do EEESMO

**(O) Outcome/Resultado:** Promoção da amamentação na primeira hora de vida

**“Quais as experiências das puérperas acerca da promoção da amamentação realizada na primeira hora de vida?”**

**(P) Participantes:** Puérperas

**(I) Fenómeno de Interesse:** Promoção da amamentação na primeira hora de vida

**(Co) Contexto:** Sala de partos

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

Na etapa seguinte são definidas as palavras-chave, as estratégias de busca, as bases de dados e outras fontes de informação a serem pesquisadas (Sampaio e Mancini, 2007).

A pesquisa foi realizada para texto integral no dia 10/10/2016, tendo em conta que a aquisição de artigos sem ser em “*full text*” seria muito dispendiosa. A plataforma utilizada foi a EBSCO Host nas bases de dados CINAHL e MEDLINE. Como critérios de inclusão foram considerados os artigos publicados entre 2009 e 2016, em língua portuguesa, castelhano ou inglesa e que estivessem de acordo com a problemática. Foram excluídos todos os artigos que não respeitassem esses critérios ou que estivessem repetidos. Importa salientar a necessidade de elaboração de um protocolo de pesquisa que inclua os seguintes itens: como serão encontrados os estudos, os critérios de inclusão e exclusão dos artigos (Sampaio e Mancini, 2007).

Os descritores utilizados para a pesquisa “*Boolean/Phrase*” foram os seguintes: aleitamento materno (*breastfeeding*), promoção do aleitamento materno (*breastfeeding promotion*), apoio ao aleitamento materno (*breastfeeding support*), intervenções de enfermagem (*nursing intervention*), enfermagem (*nursing*), cuidados de enfermagem (*nursing care*), parteiras (*midwives*), obstetrícia (*midwifery*), amamentação na primeira hora (*early breastfeeding*), primeira mamada (*first suckling*) e aleitamento materno na primeira hora (*breastfeeding at the first hour*). Foram conjugados da seguinte forma:

“*breastfeeding*” OR “*breastfeeding promotion*” OR “*breastfeeding support*” AND “*nursing intervention*” OR “*nursing*” OR “*nursing care*” OR “*midwives*” OR “*midwifery*” AND “*early breastfeeding*” OR “*first suckling*” OR “*breastfeeding at the first hour*”.

Reunidos os artigos resultantes da pesquisa nas bases de dados procede-se à análise dos títulos e resumos tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão. Em caso de dúvida o artigo deverá ser lido na íntegra de modo a não eliminar artigos importantes (Sampaio e Mancini, 2007).

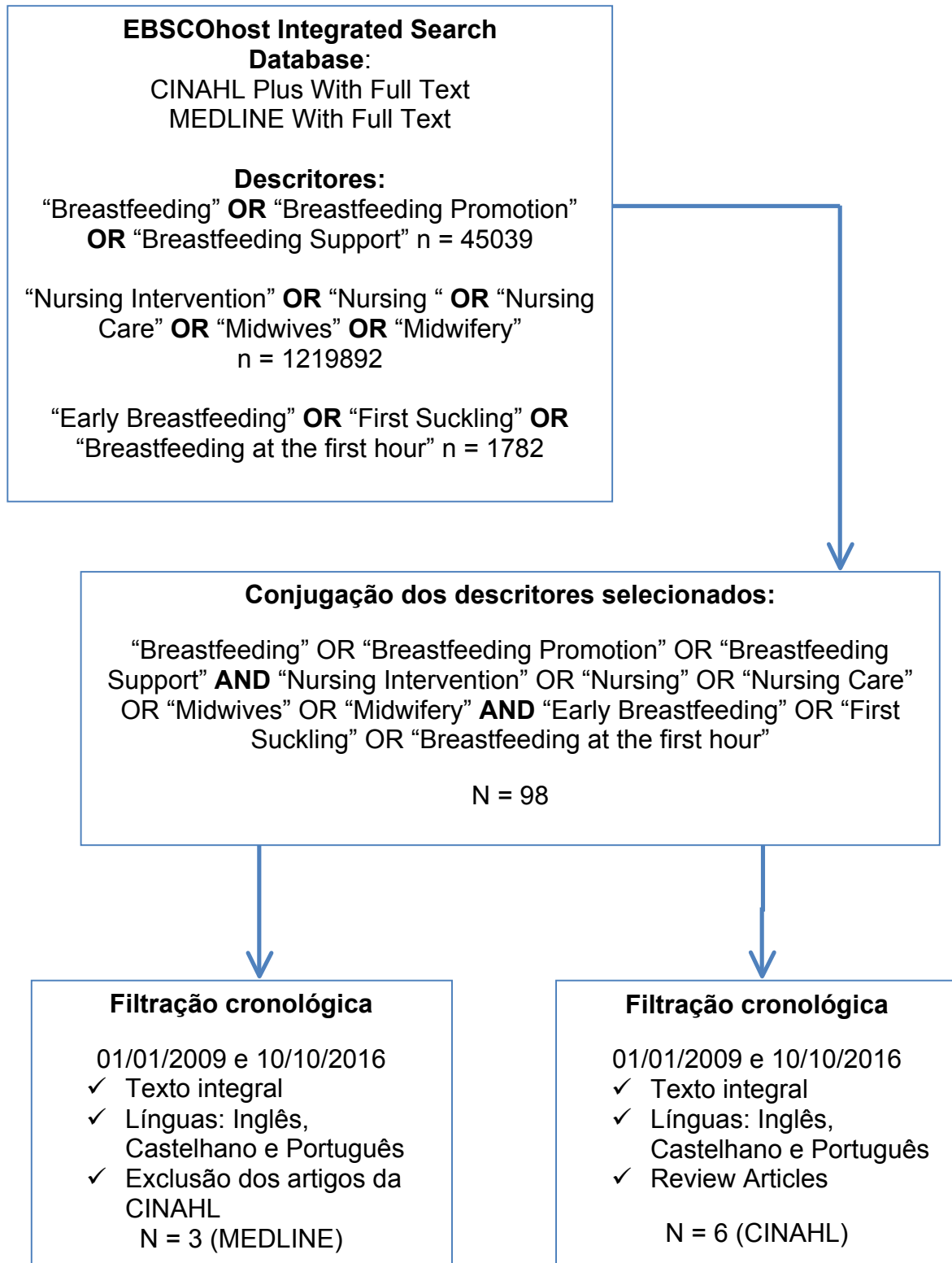
Através da pesquisa na base de dados CINAHL foram encontrados 32 artigos e na MEDLINE 66. Seguidamente através da leitura dos títulos e resumos foram eliminados os artigos que não estavam de acordo com a temática do estudo. Desta seleção resultaram 12 artigos da CINAHL e 3 artigos da MEDLINE.

Da leitura integral e da análise dos artigos que resultaram da pesquisa na

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

plataforma EBSCO, verificou-se que apenas 9 continham dados importantes e que iam ao encontro da temática deste estudo.

A estratégia de pesquisa e o processo de seleção dos estudos encontra-se exemplificado na figura seguinte:



**Figura 2 – Processo de Pesquisa e Seleção**

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

Posteriormente os artigos selecionados foram sujeitos à avaliação da qualidade metodológica (Apêndice II), através dos instrumentos de apreciação respetivos no caso dos estudos quantitativos do MASTARI *critical appraisal tools* e dos estudos qualitativos do QaRI *critical appraisal tools* e após esta análise foram incluídos na revisão sistemática da literatura (JBI, 2014).

Para a concretização do relatório procedeu-se à colheita de dados através da interação com a utente, díade e família durante a prestação de cuidados de enfermagem e posterior elaboração de registos em notas de campo. A elaboração e análise das notas de campo tem como objetivo a compreensão das experiências das utentes acerca da promoção da amamentação na primeira hora de vida, que tipo de apoio e/ou aconselhamento receberam, se foi útil, ou o que gostariam que tivesse sido diferente.

As notas de campo foram realizadas às utentes que reuniam os seguintes critérios: mulheres com parto eutócico, com um RN de termo e sem patologias e que amamentaram durante a primeira hora de vida.

Para que as intervenções de enfermagem às díades no início da amamentação fossem sustentadas na evidência científica realizou-se uma revisão da literatura segundo a metodologia da revisão sistemática da literatura (RSL) do *Joanna Briggs Institute* (JBI).

### **2.3. Revisão Sistemática da Literatura**

Uma revisão da literatura segundo Fortin (2009) consiste numa compilação e no exame crítico do conjunto das publicações relacionadas com um tema de investigação. A revisão da literatura permite delinear o problema de investigação, verificar as suas lacunas e reter o objetivo do estudo a empreender. Por fim, faculta uma base de comparação para a interpretação dos resultados.

A RSL fundamenta-se na pesquisa baseada na evidência com o fim de contribuir para a tomada de decisão. Na realização da RSL procedeu-se à análise dos artigos científicos tendo em conta os seguintes itens: autor, título, ano, publicação, objetivos, tipo de estudo, metodologia utilizada e principais conclusões. A análise dos 9 artigos incluídos na RSL encontra-se no Apêndice I deste trabalho.

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

## **2.4. Apresentação, análise e discussão dos dados**

Neste subcapítulo irei proceder à apresentação, análise e discussão dos dados das notas de campo e dos estudos resultantes da revisão da literatura.

Para garantir o anonimato das participantes, as notas de campo foram representadas por iniciais, como por exemplo: NC1- nota de campo 1. O guia para registo de interação, utilizado na elaboração das notas de campo, encontra-se no Apêndice III, da análise temática de conteúdo foram encontradas as seguintes categorias e subcategorias.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Intervenções do EEESMO promotoras da amamentação na 1ª hora de vida	a) Apoio prático: posicionamento da mãe, do bebé e adaptação à mama b) Contacto pele com pele c) Educação para a saúde sobre os estádios de sono-vigília, sinais de prontidão e reflexos do RN
2. A experiência do AM na 1ª hora de vida	a) Sentimentos relativos à primeira mamada b) Sentimentos relativos ao contacto pele com pele c) Perceção do apoio do EEESMO
3. As dificuldades sentidas anteriormente	a) Experiência anterior negativa: falta de apoio familiar, introdução de suplementos lácteos, mitos e crenças b) Complicações mamárias c) Perceção de pouco leite/leite fraco
4. Perspetiva da duração do AM	a) Seis meses b) No mínimo um ano

**Figura 3** – Quadro de categorias e subcategorias que emergiram da análise das notas de campo

### **Categoria 1: Intervenções do EEESMO promotoras da amamentação na 1ª hora de vida**

Os enfermeiros podem contribuir significativamente para o início e manutenção do AM, promovendo a confiança materna para esta prática. É importante o acompanhamento por profissionais de saúde desde o período pré-natal até aos primeiros meses de vida. As estratégias de intervenção devem incidir nos benefícios do AM na primeira hora de vida, para que as mulheres avaliem e efetuem a sua tomada de decisão esclarecida. Torna-se essencial capacitar as mães para amamentar ainda na sala de partos, a mulher deve ser participante ativo no ato de amamentar na primeira hora de vida (Dias et al, 2013; Boccolini et al, 2011).

Todas as seis puérperas a quem prestei cuidados realizaram contacto pele com pele e amamentaram na primeira hora de vida. Foram todas, previamente, questionadas sobre a forma que escolheram para alimentar os seus RN, tendo em conta que uma mãe que não quer ou não pode amamentar não pode nem deve ser culpabilizada. No entanto temos o dever de informar, aconselhar e esclarecer todas as futuras mães indecisas quanto à prática do AM, para que tomem uma decisão com base no conhecimento.

#### **a) Apoio prático: posicionamento da mãe, do bebé e adaptação à mama**

Importa referir que as intervenções de enfermagem e todo o apoio prestado às primíparas foi muito além dos esclarecimentos habituais sobre os estádios de sono-vigília, sinais de prontidão, reflexos do RN para a amamentação e adaptação à mama (pega), tiveram também como objetivo facilitar a transição para a parentalidade, aumentar a confiança materna sobre a sua produção de leite e a sua capacidade para cuidar do bebé (Kronborg, Harder e Hall, 2015).

Tendo em conta o estudo realizado por Leurer e Misskey em 2015 no Canadá, os enfermeiros são a principal fonte de informação útil citada pelas mães. E da amostra constituída por 191 participantes a maioria considerou que recebeu ajuda e aconselhamento úteis, apenas 4% das mães referiram o oposto. As necessidades de informação e aconselhamento identificadas pelas mães recaíram sobre a produção de leite, a frequência e duração das mamadas, as posições para amamentar, a pega adequada, os cuidados com os mamilos, a extração de leite e a

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

introdução de outros alimentos na alimentação das crianças. As mães referem sobretudo a necessidade de serem informadas sobre as dificuldades/complicações mais comuns do AM, de modo a sentirem-se preparadas para as enfrentar.

Os mesmos autores reforçam a importância dos serviços que apoiam o AM prestarem aconselhamento coerente, universal e de qualidade a todas as mães que amamentam devendo assegurar que as necessidades de informação maternas são supridas, tendo em conta que as mesmas associadas à noção de hipogalactia, dificuldades na pega e desconforto nos mamilos, são muitas vezes a causa de desmame precoce (Leurer e Misskey, 2015).

No decorrer da análise das notas de campo as intervenções valorizadas pelas puérperas resumem-se a dois tipos de apoio, nomeadamente ao apoio prático (como adaptar o bebé à mama, como segurar na mama, como posicionar-se e como posicionar o bebé entre outros conselhos práticos) e ao suporte emocional (a empatia, a disponibilidade, a capacidade de escuta, a dedicação, o reforço positivo e a confiança).

Nestes seis partos não houve intercorrências quer com a mãe quer com o RN, como tal foi possível a realização de contacto pele com pele como previamente acordado com todos os casais. Constatou-se que após a colocação do RN sobre o tórax materno em todas as situações o mesmo iniciou movimentos de reptação e alcançou a mama sem ajuda, cheirou, lambeu e tentou sugá-la. As minhas intervenções nesse momento incidiram no ensino ao casal sobre os sinais de prontidão para a amamentação do RN, adaptação à mama (pega correta) e apoio, caso necessário, no posicionamento da mãe e do bebé.

Numa situação em particular a puérpera segurava a mama em “posição de tesoura”, o que impedia a bebé de realizar uma pega correta, recomendei que não apertasse a mama ou caso tivesse necessidade de a apoiar que o fizesse colocando o polegar por cima e os restantes dedos por baixo, formando um “C” amplo. Tal como se pode verificar pelo testemunho, a utente ficou esclarecida: *“obrigada por me ter ensinado a pegar na mama, nunca ninguém o tinha feito e eu achava que deveria segurar logo atrás do mamilo, agora já sei se a bebé está a pegar bem na mama, não posso deixá-la mamar só no mamilo”* (sic) (NC1).

## **b) Contacto pele com pele**

A importância do contacto pele com pele imediato na autoeficácia na amamentação em mulheres primíparas e no sucesso da amamentação precoce foi demonstrada no ensaio controlado randomizado de Aghdas, Talat e Sepideh realizado em 2013 no Irão. As 114 primíparas participantes foram distribuídas aleatoriamente em dois grupos. O grupo experimental onde se realizou contacto pele com pele apresentou 53,42% de autoeficácia no aleitamento, uma taxa de sucesso na primeira mamada de 56,6% e que ocorreu aproximadamente aos 22 minutos. Já o grupo de controlo onde foram praticados os cuidados habituais, teve uma autoeficácia no AM de 49,85%, a taxa de sucesso na primeira mamada foi de apenas 35,6% e o tempo estimado para o seu início foi aproximadamente 67 minutos.

Os mesmos autores recomendam a realização do contacto pele com pele imediatamente após o parto, tendo em conta que é um método não invasivo, fácil e sem custos que aumenta a confiança materna e melhora a autoeficácia, que se traduz no aumento do AM exclusivo e na sua duração. Alertam também para o facto de que a separação precoce entre mãe e RN deve ser evitada e desencorajada (Aghdas et al, 2013).

No ano de 2009 em Portugal Dulce Galvão realizou um estudo com a finalidade de descrever as estratégias desenvolvidas por 97 alunos do CPLESMO no apoio às mães, no início do AM, na primeira hora após o parto. A grande maioria dos formandos (90,7%) referiu que coloca o RN a mamar na primeira hora após o parto, 59,8% destes estudantes referiu colocar o RN despido sobre o abdómen da mãe, no entanto a quase totalidade dos participantes (91,8%) coloca a criança a mamar, após a prestação de cuidados imediatos, já com ela completamente vestida.

Face aos resultados obtidos, impera a necessidade destes formandos desenvolverem esforços para implementar o 4º passo preconizado pela OMS/UNICEF, que se traduz na importância de colocar os bebés em contacto pele com pele com as mães logo após o nascimento, durante pelo menos uma hora e incentivar as mães a reconhecer quando os RN estão aptos a mamar, oferecendo ajuda se necessário (Galvão, 2009).

No entanto existem outras culturas, nomeadamente a dos refugiados karen, na Birmânia, com elevadas taxas de início do AM na primeira hora de vida (91,2%),



**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

assim como a percentagem de AM exclusivo na data da alta (99,3%) e com duração média do AM anterior de 19 meses que não realizam contacto pele com pele precoce. Esta cultura preconiza o *swaddle*, o envolvimento do RN em roupa/panos logo após o nascimento, como forma de proteção contra os espíritos malignos e alegam que o contacto pele com pele iria atrasar este ritual. O que os autores deste estudo pretendem demonstrar é que o ensino e as intervenções dos profissionais de saúde devem respeitar as preferências, tradições locais e práticas que promovam e mantenham as elevadas taxas de AM (White et al, 2012).

Todas as seis puérperas a quem prestei cuidados realizaram contacto pele com pele com os seus RN e expressaram emoções muito agradáveis em relação ao mesmo, tal como se pode verificar pelas seguintes declarações: *“adorei estar com a minha filha junto a mim logo após o parto”* (sic) (NC1); *“ter o meu filho em contacto comigo logo após o nascimento acalmou-me e aumentou a minha confiança”* (sic) (NC4); *“adorei sentir o meu filho junto a mim logo após o parto”* (sic) (NC6).

**c) Educação para a saúde sobre os estádios de sono-vigília, sinais de prontidão e reflexos do RN**

O primeiro período de reatividade do RN decorre nas primeiras seis a oito horas após o nascimento. Durante os primeiros sessenta minutos o bebé está alerta, o choro é vigoroso, pode sugar os dedos ou as mãos e parece interessado no ambiente ao seu redor. Esta é uma excelente oportunidade para a mãe, o pai e o RN interagirem tendo em conta que nesta fase os olhos do bebé estão habitualmente abertos. Este é também o momento ideal para iniciar a amamentação porque o RN de termo e saudável apresenta um reflexo de sucção vigoroso. Habitualmente o bebé pega no mamilo rapidamente para sua própria satisfação e da mãe, o que é de extrema importância, tendo em conta que após este estágio inicial particularmente ativo, é muito provável que o RN fique sonolento e desinteressado de mamar (Hockenberry e Wilson, 2014).

Galvão (2009), reforça a importância do ensino às mães para a identificação dos sinais de prontidão para a amamentação dos RN, assim como o apoio no início do AM, na primeira hora após o parto.

De acordo com a perspetiva de Kronborg et al (2015) o apoio às primíparas deve compreender o esclarecimento sobre os sinais de fome/reflexos do bebé e a

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

pega correta na mama.

A minha intervenção para além da ajuda prática no início da amamentação também compreendeu os ensinamentos ao casal sobre o AM, nomeadamente: a frequência e duração das mamadas, os sinais de prontidão e reflexos do RN para a amamentação, o alojamento conjunto, o posicionamento da mãe e do bebé, a adaptação à mama/pega correta, o reflexo de ocitocina e a ejeção de leite. A importância destes ensinamentos foi reconhecida pelas puérperas como se pode constatar através dos seguintes depoimentos: *“agora consigo reconhecer os sinais de fome do meu bebé mesmo que ele não chore.”* (sic) (NC4); *“toda a ajuda que me dedicou foi importante, quer logo após o parto, na colocação do meu filho à mama quer nos ensinamentos que me ajudou a recordar.”* (sic) (NC5); *“a sua disponibilidade para responder às minhas dúvidas e rever os aspetos relacionados com a amamentação”* (sic) (NC6).

## **Categoria 2: A experiência do AM na 1ª hora de vida**

A amamentação é uma experiência única na vida de uma mulher e quando vivenciada de forma gratificante constitui o maior indicador de sucesso do AM. Num estudo realizado, em 2013 em Portugal, por Dias et al que pretendeu identificar os fatores protetores e de abandono do AM no primeiro ano de vida, verificou-se que 90% das díades participantes iniciou o AM na primeira hora, facto que se relacionou significativamente com o AM exclusivo na data da alta. O mesmo trabalho também constatou que a motivação para amamentar, a experiência positiva da amamentação e o não uso de tetina foram fatores protetores do AM.

A investigação realizada por Boccolini et al em 2011, no Rio de Janeiro, que se propôs a identificar os fatores associados à amamentação na primeira hora de vida, revelou que apenas 16,1% dos 8397 RN incluídos no estudo foram amamentados na primeira hora e alertou para as grandes disparidades no início do AM entre os diferentes tipos de maternidades, sendo que 39,2% dos RN em maternidades estatais foram amamentados na primeira hora contra menos de 2% dos nascidos em maternidades privadas. Tendo em conta o efeito do tipo de maternidade e a ausência de fatores maternos que impeçam a amamentação na primeira hora, supõe-se que as mães não têm poder de decisão na amamentação e que dependem das práticas instituídas nas maternidades.

### **a) Sentimentos relativos à primeira mamada**

O estudo de Kronborg et al efetuado em 2015 na Dinamarca com o objetivo de analisar as experiências/vivências de 108 primíparas relativamente ao início do AM permitiu identificar três categorias distintas: a primeira, em que as mães referem sentimentos de incerteza relacionados com a sua aptidão para a maternidade/amamentação e os ensinamentos contraditórios que receberam; a segunda, em que as mães demonstram indecisão/preocupação relativamente à produção de leite e à amamentação e revelam a necessidade de apoio por parte dos profissionais de saúde; a terceira, categoria reúne as experiências maternas mais positivas em que as mães se sentem tranquilas relativamente à opção do AM e confiantes na sua capacidade para amamentar. Este estudo realça a importância do apoio às primíparas, não só como contributo para aumentar a confiança materna sobre a sua produção de leite, mas também como facilitador da transição para a parentalidade.

Os trabalhos de Burns, Schmied, Fenwick e Sheehan realizados em 2012 e 2013 na Austrália, pretendiam analisar as razões da insatisfação materna relativamente ao apoio prestado pelos EEESMO e o impacto da linguagem e das práticas dos mesmos no início do AM.

O primeiro estudo elaborado em 2012 demonstra que os EEESMO privilegiam o LM comparando-o a “ouro líquido” e atribuem a prioridade à sua obtenção sobre todo o processo da amamentação. Neste contexto a amamentação é comparada a um processo fabril com necessidade de assistência especializada e as mulheres descrevem-se a si próprias como “máquinas de produzir leite” e “donas de equipamento para amamentar”, referindo ainda, que por vezes sentem que as mamas não lhes pertencem.

Esta abordagem dos EEESMO parece tornar a mulher “invisível”, reduzindo o AM à sua componente nutricional em detrimento da comunicação/relação e apoio às mulheres, prejudicando por sua vez a relação mãe-filho.

O segundo estudo realizado pelos mesmos autores em 2013, permitiu identificar três perspetivas/categorias distintas, que refletem as crenças e as práticas dos EEESMO. Na primeira categoria, a mais frequente, o LM é realçado como “*liquid gold*” e a amamentação é considerada como um mecanismo para transferir esta nutrição de excelência. As mamas maternas são comparadas a um equipamento para amamentar e os EEESMO são os especialistas com livre acesso na sua

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

manipulação. Nesta abordagem as mulheres submetem-se às práticas e técnicas desenvolvidas pelo especialista no AM.

Na segunda categoria, o AM é reconhecido pelos EEESMO como “natural” e ao alcance de todas as mulheres desde que motivadas para tal. As mulheres são consideradas como pró-ativas e autônomas e são elas próprias que procuram informações e apoio no AM de acordo com as suas necessidades. Os EEESMO demonstram disponibilidade para ajudar mas só intervêm caso lhes seja solicitado.

Na terceira categoria, o AM é considerado como um elemento importante no estabelecimento da relação mãe/bebé, os EEESMO promovem e privilegiam a relação entre a díade como crucial na experiência da amamentação. A linguagem e as práticas dos EEESMO nesta perspetiva facilitam a comunicação e aumentam a confiança das mulheres. Os EEESMO dão oportunidade às mulheres para colocar as suas dúvidas e transmitem confiança na aptidão da díade para a amamentação.

Estes dois estudos revelam a necessidade de alterar práticas “tecnicistas” dos EEESMO e de desenvolver e implementar modelos de cuidados de saúde materna que promovam o estabelecimento da relação entre mãe e filho e entre mãe e enfermeiro.

No que concerne à experiência de amamentar na primeira hora os sentimentos verbalizados pelas mães foram de um modo geral positivos e surgem associados a felicidade e satisfação. As mães que expressaram a vivência da amamentação de forma positiva descreveram-na com base nas seguintes declarações: “*até já estou mais descansada porque ele mamou bem*” (sic) (NC2); “*sentí que a minha filha ficou satisfeita, que efetivamente as minhas mamas têm leite.*” (sic) (NC3); “*estou muito feliz e tranquila porque o meu bebé mamou muito bem, aliás foi logo a seguir ao parto que ele mamou melhor*” (sic) (NC4); “*realmente a mamada mais eficaz e duradoura do meu filho foi logo quando nasceu*” (sic) (NC5) e “*foi um alívio que a amamentação tenha começado tão bem*” (sic) (NC6).

## **b) Sentimentos relativos ao contacto pele com pele**

Segundo Aghdas et al (2013), o contacto pele com pele imediatamente após o parto é um método não invasivo, fácil e sem custos que aumenta a confiança materna e melhora a sua autoeficácia, que se traduz no aumento do AM exclusivo e na sua duração.

Importa referir que durante a minha intervenção encontraram-se reunidas todas as condições para a realização do contacto precoce pele com pele e todas as seis puérperas incluídas nesta análise concretizaram-no com os seus RN e expressaram sentimentos muito agradáveis em relação ao mesmo, tal como se pode constatar pelas seguintes declarações: “*adorei estar com a minha filha junto a mim logo após o parto*” (sic) (NC1); “*ter o meu filho em contacto comigo logo após o nascimento acalmou-me e aumentou a minha confiança*” (sic) (NC4); “*valeu a pena ter sido colocado em cima de mim*” (sic) (NC5) e “*adorei sentir o meu filho junto a mim logo após o parto*” (sic) (NC6).

## **c) Perceção do apoio do EEESMO**

O meu estágio foi realizado numa maternidade considerada Hospital Amigo dos Bebés desde 2009 e com revalidação do título em 2015. A quarta medida desta IHAB não exige que o bebé tenha que mamar na primeira hora de vida, no entanto recomenda a ajuda às mães no início do aleitamento, entregando-lhes os RN, encorajando-as a amamentar e dando-lhes condições para tal. O estabelecimento do contacto pele com pele mãe-bebé imediatamente após o parto deve ser entendido como uma prioridade, tendo em conta que, a precocidade da primeira mamada é decisiva para o início do AM, aumento da sua duração e exclusividade. Como tal, os EEESMO devem promover este contacto, o mais precocemente possível, pois é uma técnica extremamente simples, não invasiva e sem custos que aumenta a confiança e melhora a autoeficácia materna (Aghdas et al 2013).

O estudo realizado no Brasil por Boccolini et al (2011), sobre os fatores associados à amamentação na primeira hora de vida, realça a importância de empoderar as mães a amamentar ainda na sala de partos, respeitando as suas particularidades e diversidades socioculturais. Segundo este estudo a mulher deve ser “participante” no ato de amamentar na primeira hora de vida, deve ter o poder de

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

decisão sobre a amamentação e não deve ser submetida às práticas instituídas nas maternidades.

O trabalho de White et al realizado em 2012, num campo de refugiados na fronteira entre a Tailândia e a Birmânia, que pretendeu analisar as percepções das grávidas e EEESMO sobre o AM num meio com taxas de início e duração da amamentação elevadas “meio aleitante”, recomenda que os EEESMO respeitem as preferências, tradições locais e práticas que promovam e apoiem o AM.

A pesquisa de Kronborg et al (2015), sobre as vivências de 108 primíparas dinamarquesas relativamente ao início do AM salienta a importância do apoio às mesmas, não só para aumentar a confiança materna sobre a sua produção de leite, mas também para facilitar a transição para a parentalidade.

A investigação desenvolvida por Leurer e Misskey (2015), reconhece os enfermeiros como a principal fonte de informação útil. A maioria destas participantes considerou que recebeu ajuda e aconselhamento úteis, no entanto manifestam a necessidade de informação relativamente às dificuldades/complicações mais comuns do AM. Os mesmos autores destacam a importância de um aconselhamento coerente, universal e de qualidade que permita suprir as necessidades de informação maternas.

Os dados que emergiram da análise das notas de campo opõem-se aos estudos de Burns et al, realizados em 2012 e 2013 na Austrália, considerando que a intervenção dos EEESMO no início da amamentação reduz o AM à sua componente nutricional o que gera insatisfação materna e prejudica a relação mãe/filho. E onde apenas uma pequena percentagem de EEESMO promove e privilegia a relação entre a díade, transmitindo confiança na sua aptidão para a amamentação. Estes dois estudos revelam a necessidade de alterar as práticas dos EEESMO e de desenvolver e implementar modelos de cuidados de saúde materna que promovam o estabelecimento da relação entre mãe e filho e entre mãe e enfermeiro.

Os testemunhos das mães relativamente ao apoio do EEESMO na amamentação precoce foram na sua totalidade muito positivos e favoráveis como pode ser constatado através das seguintes declarações: *“obrigado por me ter ensinado a pegar na mama”* (sic) (NC1); *“toda a ajuda que me dispensou foi importante, ensinou-me como colocar o meu filho à mama”* (sic) (NC2); *“foi muito importante para mim a sua ajuda na primeira mamada (...) a sua disponibilidade para responder às minhas dúvidas”* (sic) (NC3); *“agradeço tudo aquilo que me ensinou”*

(sic) (NC4); *“toda a ajuda (...) foi importante, quer logo após o parto, na colocação do meu filho à mama quer nos ensinamentos que me ajudou a recordar”* (sic) (NC5) e *“foi muito importante para mim a sua ajuda na primeira mamada (...) agradeço a sua disponibilidade (...) senti que esteve sempre comigo quando mais precisei”* (sic) (NC6).

### **Categoria 3: As dificuldades sentidas anteriormente**

Muitas mulheres idealizam a amamentação como natural, focalizando-se nas informações que lhe são transmitidas durante o período pré-natal, nas quais a abordagem das dificuldades futuras é muitas vezes esquecida pelos EEESMO. Tal como Leurer e Misskey (2015), demonstram no seu estudo as mães referem sobretudo a necessidade de informação relativamente às dificuldades/complicações mais comuns do AM, como forma de aumentar a sua confiança e prepará-las para as enfrentar.

Os mesmos autores reforçam a importância que os serviços que apoiam o AM assegurem que as necessidades de informação maternas são supridas, tendo em conta que as mesmas associadas à noção de hipogalactia, dificuldades na pega e desconforto nos mamilos, são muitas das vezes as causas de desmame precoce (Leurer e Misskey, 2015).

O estabelecimento da amamentação pode ser uma fase muito difícil e são inúmeras as dificuldades que podem surgir, relacionadas quer com a mãe como com a criança.

Nesta categoria foram agrupadas três subcategorias que se relacionam com as dificuldades referidas pelas mães relativamente ao AM. Verificou-se que a maioria das mães sentiram dificuldades na amamentação de filhos anteriores, que condicionaram a duração do AM e provavelmente foram a causa de desmame precoce, destacam-se as seguintes dificuldades manifestadas pelas mães: falta de apoio familiar após a alta, mitos e crenças sobre a amamentação, ingurgitamento mamário, mamilos dolorosos e/ou com fissuras, perceção de pouco leite e choro do bebé. Embora se tenha reconhecido que a experiência/vivência da amamentação (anterior e atual), foi em geral positiva, as mães apontam as dificuldades na amamentação como aspetos menos positivos ou desfavoráveis ao AM.

**a) Experiência anterior negativa: falta de apoio familiar, introdução de suplementos lácteos, mitos e crenças**

De acordo com um estudo realizado por Dias et al (2013), as maiores dificuldades identificadas pelas puérperas relativamente ao início da amamentação foram os horários e a técnica da pega. E os fatores que influenciaram o abandono do AM aos três meses foram a administração de suplementos lácteos e a percepção de hipogalactia. Já o regresso ao trabalho foi considerado como a causa de interrupção do AM aos doze meses. Os mesmos autores recomendam como estratégias de intervenção a promoção da amamentação na primeira hora de vida, evitar a administração de fórmulas lácteas e o uso de tetina. Após a alta deve ser desmistificada a noção materna de hipogalactia e deve ser promovido o apoio nos períodos críticos de abandono do AM.

Aghdas et al (2013), destacam no seu estudo a importância de evitar e desencorajar a separação precoce entre mãe e RN, sem intercorrências, tendo em conta o início tardio da primeira mamada que interfere negativamente com a capacidade inata da díade iniciar esta prática, perturbando o seu processo natural de aprendizagem. Importa mencionar o testemunho de uma mãe que sentiu dificuldades no início do AM ao ter sido separada do seu filho, mas devido a uma complicação do seu estado clínico: *“no início foi muito difícil amamentar porque depois do parto estive internada na unidade de recobro e cuidados intermédios por pré-eclâmpsia”* (sic) (NC5).

No estudo de Kronborg et al (2015), as primíparas revelaram sentimentos de incerteza relacionados com a sua aptidão para a maternidade/amamentação e demonstraram indecisão/preocupação relativamente à sua produção de leite com necessidade de auxílio por parte dos profissionais de saúde. Este estudo realça a importância do apoio às primíparas de forma a facilitar a transição para a parentalidade, esclarecer sobre os sinais de fome/reflexos do bebé e a pega correta na mama. Deve também contribuir para aumentar a confiança materna sobre a sua produção de leite e a sua capacidade para cuidar do bebé.

Algumas mães mencionaram dificuldades e problemas com a amamentação e algumas incertezas relativas à qualidade e à quantidade do seu leite, que associadas à sua inexperiência e à falta de apoio familiar levaram ao desmame precoce dos seus filhos como se pode conferir nas seguintes declarações: *“depois*



**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

*do mês de vida já com suplemento iniciado pelo pediatra desinteressou-se pelo meu leite (...) a minha mãe e a minha sogra achavam que devia optar pelo biberão” (sic) (NC1) e “amamentei a minha primeira filha apenas durante um mês e tive que iniciar o suplemento” (sic) (NC2).*

**b) Complicações mamárias**

As dificuldades referidas nas declarações que se seguem estão relacionadas com a má adaptação à mama ou “pega incorreta”. Se ao mamar não é introduzida uma quantidade suficiente de tecido mamário na boca do bebé, ao sugar este pode traumatizar o mamilo, originando, quase inevitavelmente o aparecimento de fissuras (Bértolo, 2005).

Relativamente a esta subcategoria duas mães verbalizaram problemas com a amamentação centrados, essencialmente, no ingurgitamento mamário, na dor e nos traumatismos mamilares: *“depois da descida de leite fiquei com as mamas muito rijas e com algumas gretas” (sic) (NC1) e “os meus mamilos começaram a ficar gretados e muito dolorosos” (sic) (NC3).*

**c) Perceção de pouco leite/leite fraco**

A perceção de leite insuficiente ou leite fraco é bastante frequente devido à falta de confiança das mulheres na sua capacidade de amamentar, o que contribui para a suplementação precoce e interrupção do AM em quase todas as sociedades. Na maioria das vezes esta é uma perceção errada que surge em resposta ao choro da criança, reforçada pela família ou por outras pessoas que convivem com as mães (Carvalho e Gomes, 2017).

Dias et al (2013), salienta a noção de hipogalactia e a introdução de suplementos lácteos como as causas de abandono do AM aos três meses.

O receio da mãe não ter leite suficiente e/ou “ter leite fraco” são considerados como um dos principais obstáculos à manutenção e sucesso do AME, podendo até ser o principal fator para o abandono precoce desta prática como se verifica nas declarações seguintes: *“a minha filha mais velha nunca conseguiu ficar satisfeita com o meu leite (...) chorava e parecia ficar com fome (...) a bebé chorava muito” (sic) (NC1); “não tinha leite suficiente e ela chorava muito” (sic) (NC2); “a minha*

*primeira filha amamentei durante um mês e a segunda apenas durante quinze dias, elas não pareciam satisfeitas, choravam bastante, sempre com fome” (sic) (NC3).*

#### **Categoria 4: Perspetiva da duração do AM**

Nesta categoria foram agrupadas as declarações que refletem a motivação e o desejo das mães em manter o AM durante um período de tempo prolongado. A determinação em amamentar fomenta a motivação para ultrapassar pequenos obstáculos e manter o projeto de aleitamento de acordo com os objetivos maternos.

##### **a) Seis meses**

De acordo com o estudo elaborado por Dias et al (2013), a experiência positiva, a motivação para amamentar e a evicção de tetina, revelaram-se como fatores protetores do AM até aos três meses.

Os testemunhos que se seguem demonstram o desejo das mães em dar continuidade à amamentação até aos seis meses: *“gostaria de amamentar pelo menos até aos seis meses” (sic) (NC3)* e *“gostaria de amamentar o meu filho no mínimo até aos seis meses, nem que para isso seja necessário fazer extração e conservação do leite quando regressar ao trabalho” (sic) (NC4).*

##### **b) No mínimo um ano**

O trabalho de White et al (2012), desenvolvido num “meio aleitante” e economicamente desfavorecido realça as elevadas percentagens de início do AM na primeira hora de vida assim como à data da alta. Salienta a duração média do AM anterior, correspondente a 19 meses, que representa o compromisso das mães para garantir o bem-estar do bebé. As mulheres reconhecem o AM como “ótimo” e inerente à maternidade. Todas as grávidas desejam amamentar e destacam o papel das mães e das avós como fonte de informação e auxílio na amamentação.

Já em Portugal o estudo de Dias et al (2013), demonstrou que o conhecimento da técnica foi fundamental para a manutenção do AM aos nove meses. Enquanto que, o regresso ao trabalho foi o fator decisivo para o abandono do AM aos doze meses.

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

Algumas mães manifestaram a vontade de prolongar o AM no mínimo até um ano, como se pode confirmar, pelas seguintes declarações: *“amamentei o meu primeiro filho durante um ano e gostaria de conseguir amamentar novamente durante o mesmo período de tempo”* (sic) (NC5) e *“gostaria de amamentar também durante um ano”* (sic) (NC6).

### **3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO**

O ensino clínico decorreu no período compreendido entre 29/02/2016 a 08/07/2016, no Serviço de Urgência de uma maternidade de Lisboa. Este serviço subdivide-se em cinco valências: admissão, sala de partos, bloco operatório, recobro e unidade de recobro e cuidados intermédios (URCI). Em termos de estrutura física encontra-se organizado da seguinte forma: a admissão – constituída por dois gabinetes de enfermagem, três gabinetes médicos e uma sala de observação; a sala de partos – constituída por uma sala de trabalho, onze quartos para trabalho de parto (TP) e uma sala para prestação de cuidados ao RN; o bloco operatório – conta com duas salas operatórias, onde também são realizados os partos distócicos; o recobro – afeto ao bloco, tem capacidade para cinco camas e URCI – composta por quatro camas que permitem a monitorização contínua de sinais vitais e vigilância do bem-estar materno-fetal em mulheres cuja situação clínica assim o exija.

A rotatividade pelas várias valências possibilitou-me a prestação de cuidados em diferentes contextos, enriquecendo o meu estágio e favorecendo o desenvolvimento de competências. Importa referir que a prestação de cuidados ocorreu maioritariamente na sala de partos, tendo em conta que, muitas das competências só aí poderiam ser desenvolvidas.

#### **3.1. Reflexão sobre o desenvolvimento de competências durante o Ensino Clínico**

Este ensino clínico teve como finalidade o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à mulher, RN e família, durante os diferentes estádios do TP, puerpério imediato e período neonatal.

Segundo Malglaive (1995), o termo competência evoca em si mesmo a excelência do fazer, a validade, a amplitude dos saberes e do saber-fazer num determinado domínio.

Patrícia Benner (2001) assume que, a aquisição e desenvolvimento de competências para uma excelência no cuidar, surge através de uma aprendizagem experiencial, onde se aliam o conhecimento teórico e a prática profissional. Refere

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

também que, o enfermeiro passa através de cinco níveis de proficiência: Iniciado, Iniciado avançado, Competente, Proficiente e Perito, sendo que esta transição até ao nível de perito implica a passagem por todos os outros níveis. Na prática de enfermagem é exigido que o profissional de enfermagem tenha motivação, competências num vasto âmbito e adequação aos contextos, proporcionando, assim, capacidade de resposta às mais complexas e variadas situações.

Na enfermagem como nas restantes profissões as competências são essenciais para um desempenho de qualidade. Segundo a OMS (1997) todos os profissionais de saúde deverão possuir competências que lhes permitam a participação e atuação dentro da equipa multiprofissional para benefício dos indivíduos e comunidade.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2003), a competência é um fenómeno multidimensional, complexo e é definido como a capacidade do Enfermeiro praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional.

Enquanto futura EEESMO considero que o desenvolvimento das competências específicas melhorará a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação dos utentes.

Apesar da minha experiência profissional prévia, o contacto com a área científica de enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia iniciou-se com a realização deste CMESMO, recolocando-me assim no estatuto de iniciada, uma vez que os objetivos e os aspetos inerentes aos cuidados não me eram familiares. As aprendizagens e as competências específicas desenvolvidas durante o EC permitiram-me o reposicionamento num nível superior de proficiência. Como tal, pretende-se agora a descrição e reflexão do percurso realizado e das aprendizagens adquiridas.

A primeira atividade desenvolvida no contexto de EC foi a integração no local de estágio, permitindo-me conhecer as suas dinâmicas, especificidades e particularidades, os seus protocolos e as suas metodologias de trabalho. Considerei importante conhecer as estratégias já implementadas no serviço tendo em conta a promoção da amamentação na primeira hora de vida. Pretendi compreender o circuito das utentes desde que recorrem ao serviço de urgência até à alta ou em caso de internamento nos diferentes serviços, o que me foi possibilitado através da prestação de cuidados na admissão.

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

3.1.1. Competência H2 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

O desenvolvimento desta competência e a consolidação de conhecimentos, decorreram em contexto de sala de partos e admissão. E foram possíveis devido ao suporte teórico apreendido na fase inicial do curso, realização de pesquisa bibliográfica e esclarecimento de dúvidas com a enfermeira orientadora e equipa multidisciplinar.

Ao nível da valência admissão, foram desenvolvidas competências no âmbito do acolhimento, avaliação inicial e avaliação do bem-estar materno-fetal. A avaliação inicial compreendia a elaboração criteriosa da história clínica da grávida: antecedentes pessoais, obstétricos, vigilância da gravidez e o local, serologias, o motivo de vinda à urgência e a história da doença atual. O exame objetivo incluía a avaliação do bem-estar materno e fetal através da monitorização de sinais vitais, auscultação de batimentos cardíacos fetais e/ou realização de cardiotocografia (CTG) e colheitas de sangue para análises, administração de terapêutica ou avaliação do colo do útero sempre que foi pertinente, de acordo com os seguintes critérios de avaliação da competência H2: H2.2.2. *“identifica e monitoriza a saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados”* e H2.2.6. *“avalia o bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados”* (OE, 2011, p. 8663).

A educação para a saúde foi uma constante durante a prestação de cuidados, todos os momentos de interação foram aproveitados para informar, orientar e capacitar a grávida e família, promovendo a saúde pré-natal, os estilos de vida saudáveis na gravidez, o desenvolvimento de competências parentais e ainda o AM, dando resposta ao critério de avaliação H2.1.8. *“concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção do AM”* (OE, 2011, p. 8663).

Todos os ensinamentos foram realizados tendo sempre em conta a idade gestacional e a situação específica de cada grávida/família, foi transmitida informação sobre os desconfortos mais comuns durante a gravidez e as medidas de suporte para alívio dos mesmos. Foi ainda proporcionada educação para a saúde à grávida sobre os sinais e sintomas de alerta que a devem conduzir à urgência, nomeadamente: hemorragias e perda de líquido vaginais, dores abdominais, febre, queixas urinárias, vômitos persistentes, cefaleias intensas e contínuas, alterações da

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

visão e diminuição dos movimentos fetais.

Na sala de partos tive a possibilidade de prestar cuidados a grávidas com patologias que se encontravam internadas para vigilância. As patologias mais frequentes foram a ameaça de parto pré-termo, pré-eclâmpsia, hipertensão arterial crónica ou induzida pela gravidez e síndrome de HELLP.

Providenciei ainda cuidados a mulheres em situação de abortamento, intervi ao nível da monitorização do trabalho de abortamento e prestei apoio às mulheres e conviventes significativos durante o período de luto. Estas intervenções contribuíram não só para o desenvolvimento de competências profissionais, mas também para o meu crescimento pessoal.

Ao longo deste EC nunca realizei partos de fetos mortos mas demonstrei disponibilidade para estar presente e ouvir os casais em situação de aborto espontâneo que tive oportunidade de acompanhar e cuidar. Referenciei e cooperei com outros profissionais da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados às mulheres cuja situação clínica estava além do domínio de atuação do EEESMO, cumprindo os seguintes critérios de avaliação da competência H2: H2.2.5. “(...) *referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação*” (OE, 2011, p. 8663) e H2.3.4. “*coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez*” (OE, 2011, p. 8663).

Outras competências não mencionadas neste relatório mas relativas ao período pré-natal, foram também desenvolvidas no contexto de cuidados de saúde primários (EC III) e no serviço de internamento de medicina materno-fetal (EC IV).

**3.1.2. Competência H3 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP**

O acompanhamento da mulher/casal em TP constituiu um desafio e uma experiência bastante gratificante, que me proporcionou as mais diversas aprendizagens.

Segundo Lowdermilk e Perry (2008) o TP é um processo fisiológico que tem como finalidade a expulsão do feto, da placenta e das membranas, para o exterior do útero, através do canal de parto. Este divide-se em quatro estádios: o primeiro estágio – dilatação, o segundo estágio – período expulsivo, o terceiro estágio – dequitação e o quarto estágio – puerpério imediato.

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

O desenvolvimento de competências e a prestação de cuidados especializados à mulher/casal teve em consideração o estágio do TP, a sua evolução e as expectativas da mulher.

No que diz respeito à admissão da grávida na sala de partos, que decorre normalmente no primeiro estágio do TP, fiz questão de me identificar sempre como estudante do CMESMO, tive a preocupação de informar a parturiente e o seu convivente significativo sobre o espaço físico e as normas de funcionamento deste serviço. Tive a oportunidade de estabelecer uma relação terapêutica com o casal ou pessoa significativa, demonstrei disponibilidade para conhecer as expectativas e desejos da mulher e do seu acompanhante. Tentei acima de tudo tranquilizar o casal e diminuir a sua ansiedade e/ou medo deste momento, através do esclarecimento de dúvidas e do respeito pela sua autonomia. Houve a constante preocupação com o estabelecimento de uma relação de ajuda, essencial e indispensável para um cuidar individualizado e para a promoção da participação ativa do casal nas decisões relacionadas com este acontecimento.

Para além do desenvolvimento de competências no âmbito da vigilância e promoção do bem-estar materno e fetal procurei conhecer cada utente, a história e a experiência de AM anteriores, os antecedentes obstétricos, ginecológicos e pessoais relevantes, a história da gravidez atual e o plano de parto. Os cuidados proporcionados à mulher durante o primeiro estágio do TP compreenderam a monitorização de sinais vitais, hidratação oral (ingestão de pequenas quantidades de água ou chá açucarado), cateterização venosa, vigilância urinária (com possível algaliação após analgesia epidural), cuidados de higiene e conforto, monitorização da dor com consequente implementação de medidas não farmacológicas para o seu controlo (respiração, massagem, relaxamento, deambulação, utilização da bola de pilates e de música) e farmacológicas (administração de analgésicos endovenosos, colaboração na técnica de analgesia epidural) e preparação intestinal (realização de microclister exceto às grávidas com REBA).

A vigilância de sinais vitais foi realizada com intervalos de oito horas ou sempre que foi necessário, à execução da dor, avaliada de hora a hora ou com intervalos menores sempre que se justificou. A APEO e FAME (2009) salientam a importância de avaliar periodicamente os sinais vitais da mulher (frequência cardíaca, tensão arterial e temperatura), recomendam um intervalo de quatro horas, tendo em conta que uma alteração destes sinais pode indicar uma alteração do TP.



**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

Relativamente à hidratação endovenosa e alimentação no TP e de acordo com Carvalho e Gomes (2017), não existem evidências de que a restrição da ingestão oral possa prevenir a aspiração gástrica e ainda acrescenta que a hidratação venosa com soro glicosado pode ter efeitos negativos sobre a mãe e bebé, no entanto esta é uma prática de rotina para todas as parturientes baseada na visão instituída de que toda a grávida pode ter necessidade de recorrer a um ato cirúrgico.

No que diz respeito à eliminação intestinal e à realização rotineira de enemas para desobstruir o reto, esta é considerada prejudicial ou ineficaz, como tal deveria ser eliminada. No que concerne à eliminação vesical as mulheres devem ser encorajadas a urinar de duas em duas horas, tendo em conta que a bexiga distendida pode impedir a descida da apresentação, inibir as contrações uterinas e provocar a diminuição do tônus da bexiga ou até atonia após o parto. As mulheres submetidas a analgesia epidural apresentam um elevado risco de retenção urinária, como tal a presença de globo vesical deve ser frequentemente avaliada (Lowdermilk e Perry, 2008).

A avaliação do bem-estar fetal foi conseguida através das características do líquido amniótico, da monitorização contínua da frequência e padrões cardíacos fetais obtidos pelo CTG e mediante monitorização interna STAN®, e da respetiva interpretação. Já a APEO e FAME (2009) recomendam, nos partos de baixo risco, a auscultação intermitente da frequência cardíaca fetal (FCF), a cada quinze minutos no primeiro estágio do TP e no segundo estágio a cada cinco minutos. Todavia, as mesmas entidades realçam a necessidade do registo de CTG contínuo nas induções do TP.

Assisti à colocação de monitorizações internas através da inserção de um eletrodo no escalpe fetal, contudo nunca tive oportunidade de efetuar esta técnica autonomamente.

A análise da evolução do TP teve em conta a avaliação do colo do útero, da dinâmica uterina obtida através do registo do CTG e da interpretação do partograma. O exame do colo do útero foi o procedimento que mais dúvidas me suscitou inicialmente, assim como a perceção da variedade fetal num feto de apresentação cefálica e o plano da apresentação, dificuldade que foi sendo ultrapassada com o auxílio da enfermeira orientadora e com a experiência prática.

A avaliação do colo do útero permite analisar a progressão do TP e a

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

integridade das membranas. Tendo em conta que é um procedimento desconfortável para a mulher e gerador de *stress* e ansiedade houve sempre a preocupação de limitar o número de toques vaginais aos estritamente necessários. Quando um parto apresenta uma evolução lenta, antes de recorrer a intervenções invasivas, devem ser fomentadas medidas como as alterações de posição e deambulação. No caso destas intervenções não serem eficazes pode recorrer-se à amniotomia, mas a decisão deve ser tomada depois de informar a parturiente sobre os riscos e benefícios desta técnica e após obtenção do consentimento informado.

Durante o segundo estágio do TP tive a oportunidade de participar em quarenta e nove nascimentos e partilhar este momento de felicidade e emoção com a mulher e o seu acompanhante. Sinto que foi um privilégio presenciar este momento único na vida de um casal e que foi sem dúvida a experiência mais ansiada e marcante durante a realização do CMESMO. No segundo estágio do TP o EEESMO *“cuida a mulher (...) durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina”* (OE, 2011, p. 8664).

Tendo em conta que esta experiência do nascimento de um filho será um acontecimento inesquecível, assumi o compromisso de torná-lo o melhor possível, promovendo um ambiente tranquilo mas ao mesmo tempo seguro.

No período expulsivo está recomendado que a mulher realize esforços expulsivos apenas quando sentir esse impulso. É aconselhável esperar que a apresentação desça passivamente até que a parturiente sinta a necessidade de fazer esforços e então deve ser encorajada a seguir o seu instinto. Nas situações em que a analgesia impossibilitava esta perceção a função do EEESMO foi orientá-la a realizar esforços coordenados com as contrações (APEO e FAME, 2009).

Relativamente à posição adotada no período expulsivo a mais utilizada foi a de litotomia modificada, no entanto graças à vasta experiência da enfermeira orientadora, tive a oportunidade de participar em dois nascimentos na posição de cócoras. A enfermeira orientadora detinha experiência em assistir partos em posições verticais e recomendava às mulheres que adotassem a posição mais cómoda ou a mais aconselhável de acordo com as vantagens de cada uma delas para o período expulsivo. Tal como a enfermeira orientadora, existiam outros EEESMO que tentavam seguir as diretrizes emanadas pela APEO e FAME (2009) e que promoviam as posições verticais tendo em conta os seus benefícios. Durante o

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

período expulsivo foi utilizada, na maioria dos nascimentos, uma conduta de proteção ativa do períneo, através da manobra de Ritgen modificada. A técnica de episiotomia foi efetuada sempre de forma seletiva, e no total de quarenta e nove partos que assisti em apenas seis houve necessidade de recorrer à mesma. No início deste EC foi difícil avaliar a necessidade de realização desta técnica, mas com o decorrer do estágio e através das orientações da enfermeira orientadora consegui superar esta dificuldade. A realização de episiotomia rotineira segundo Carvalho e Gomes (2017), acarreta uma vasta lista de efeitos indesejáveis, como hemorragia, abscessos e infeções, dor, cicatrização inadequada e dispareunia.

Sempre que foi possível incentivei a presença e a participação ativa do convivente significativo nos cuidados à mulher. Segundo Lowdermilk e Perry (2008) o acompanhante é capaz de providenciar medidas de conforto e toque que a mulher em TP necessita. Além disso é capaz de interpretar as necessidades e os desejos da parturiente e transmiti-los aos profissionais. Houve a preocupação de encorajar o acompanhante a realizar o corte do cordão umbilical, caso se sentisse confortável, e em participar no contacto pele com pele. A clampagem do cordão umbilical foi efetuada na maioria das vezes tardiamente, de acordo com o protocolo instituído neste serviço. Apenas nos casos de circulares cervicais apertadas se realizou precocemente. A APEO e FAME (2009) consideram a clampagem tardia do cordão (quando este deixa de pulsar), a mais fisiológica, que aumenta o volume sanguíneo e as reservas de ferro do bebé.

Relativamente ao terceiro estágio do TP foram aperfeiçoadas competências no âmbito da dequitação, na análise criteriosa da placenta e membranas, na observação da integridade do canal de parto e na realização de episiorrafias/correções de lacerações. A reparação de lacerações de grau II foi o aspeto mais difícil no início deste estágio, mas que foi superado com sucesso no decorrer do mesmo.

O desenvolvimento de competências para uma prestação de cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população alvo, nomeadamente utentes de outras nacionalidades e/ou etnias que recorrem a esta maternidade, visou sempre o respeito por valores, crenças, rituais e costumes, promovendo o estabelecimento de uma relação de ajuda e, naturalmente, o bem-estar da tríade.

Foram desenvolvidas competências no âmbito da avaliação física e

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

implementadas intervenções especializadas ao RN, facilitando a sua transição para a vida extrauterina e cumprindo os seguintes critérios de avaliação da competência H3: H3.1.4. “*concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/RN/conviventes significativos*”(OE, 2011, p. 8664) e H3.2.7. “*assegura a avaliação imediata do RN implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina*” (OE, 2011, p. 8664).

Para a sua consecução e sempre que não era possível a realização do parto, procurei ser a responsável pela receção e prestação de cuidados ao RN. Após o nascimento, o RN que apresentava todos os parâmetros normais no Índice de Apgar ao 1º e 5º minuto de vida permanecia junto da mãe. Para evitar a perda de calor do RN procedi à sua secagem e estimulação táctil, e sempre que possível e a mãe o desejasse, procurei promover a vinculação precoce através do contacto pele com pele demorado e do início do AM na primeira hora de vida. De acordo com a APEO e FAME (2009) para evitar a perda de calor do RN deve secar-se bem e colocar-se sobre o tórax ou abdómen da mãe, tapando-se com um lençol ou manta aquecidos. As mesmas entidades recomendam que em situações de normalidade/bem-estar da mãe e do bebé é importante adiar os procedimentos rotineiros que possam interferir no estabelecimento do vínculo e que podem realizar-se depois do contacto pele com pele entre a díade, nomeadamente a avaliação do peso. As restantes intervenções como a profilaxia de hemorragia neonatal – administração da vitamina K, avaliação do Índice de Apgar ao 5º e 10º minutos de vida e a identificação do RN com pulseira podem ser efetuadas com o bebé sobre o tórax materno.

Nas situações de instabilidade neonatal ou outras que requeriam procedimentos invasivos (aspiração das vias aéreas) o mesmo era levado para a sala de cuidados imediatos ao RN e colocado em plano aquecido. Tive a oportunidade de assistir e apoiar partos distócicos onde era contactado previamente o médico neonatologista e com o qual cooperei na prestação de cuidados ao RN.

Nas salas de parto deve proporcionar-se um ambiente que promova e apoie o AM, e as mulheres que o desejem devem poder iniciar a amamentação de forma precoce, idealmente na primeira hora de vida do RN. Os enfermeiros têm um papel especialmente importante na promoção, proteção, suporte e sucesso do AM, considerando o momento imediatamente após o parto como um dos períodos de atuação mais importantes (Saraiva, 2010).

Também a Ordem dos Enfermeiros (2015) recomenda que a mulher deve ser

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

apoiada no AM, favorecido pelo contacto pele com pele que deve ser mantido por um período superior a uma hora.

3.1.3. Competência H4 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

No que diz respeito ao quarto estágio do TP houve a preocupação de avaliar a adaptação psicológica da puérpera, para além da sua vigilância física, e facilitar a transição para a parentalidade saudável. Neste sentido, realizei a vigilância do bem-estar materno através da avaliação de sinais vitais, do globo de segurança de Pinard, de perdas hemáticas e do seu estado emocional. Foi efetuada a vigilância física do RN, foi promovido o alojamento conjunto e o AM, e foi incentivada a participação ativa do pai em todo o processo de modo a promover a vinculação da tríade.

De acordo com Franco et al (2014), é recomendado que sempre que possível seja mantido o contacto pele com pele, nas duas horas imediatamente após os nascimentos saudáveis. Já Lamaze (2003) acrescenta que a prática do contacto pele com pele apresenta inúmeros benefícios e nenhum efeito secundário, pelo que deve ser encorajada e motivada pelos EEESMO. O início precoce da amamentação é também mencionado como o maior benefício do contacto pele com pele.

Realizei a todas as puérperas/conviventes significativos educação para a saúde tendo em conta a promoção do AM (posicionamento e adaptação do RN à mama, frequência e duração das mamadas, horário livre, sinais de prontidão e reflexos para a amamentação), indo ao encontro do critério de avaliação da competência H4: H4.1.4. *“concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno”*(OE, 2011, p. 8664). A única exceção que se verificou foi num parto cuja mãe apresentava serologias positivas para o VIH, e à qual proporcionei educação para a saúde sobre a forma de alimentar o seu RN.

Realizei educação para a saúde sobre o autocuidado materno (cuidados pós-parto, alterações fisiológicas e sinais e sintomas de complicações), cuidados ao RN (necessidades, adaptação fisiológica à vida extrauterina e comportamentos de vinculação) e o processo de transição/adaptação do casal para a parentalidade. A informação facultada foi concisa, apropriada ao momento e de acordo com as

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

necessidades de informação das famílias, com o objetivo de promover o seu empoderamento, capacitando-os para serem participantes ativos neste processo de recuperação e readaptação.

Sempre que me foi possível fui ao serviço de puérperas interagir com as díades a quem tinha realizado o parto, com o objetivo de avaliar o seu bem-estar físico e psicológico, observar o períneo e questionar sobre o decurso da amamentação, nomeadamente quais as intervenções que na sua perspetiva contribuíram para a promoção da amamentação na primeira hora de vida. Estes objetivos colaboraram para a minha autoavaliação e para a recolha de informação e elaboração de notas de campo, que posteriormente analisei e comparei com os artigos encontrados na RSL.

Relativamente às competências desenvolvidas durante o período pós-natal estas não se resumem à minha prestação de cuidados no contexto de sala de partos, tendo sido também aperfeiçoadas durante os EC que tiveram lugar no internamento de puérperas e cuidados de saúde primários.

3.1.4. Competência Específica Individual – Presta cuidados especializados promotores da amamentação na primeira hora de vida

Esta competência está intimamente ligada à unidade de competência H4.1.) uma vez que preconiza a promoção da saúde da mulher e RN no período pós-natal. O EEESMO concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao AM.

Também o ICM estabelece o desenvolvimento de competências essenciais para a prática da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, que compreendem os cuidados pré-concepcionais, os cuidados pré-natais, os cuidados à mulher e RN em TP e os cuidados à mulher, RN e família no pós-parto. A competência definida pelo ICM que vai ao encontro da temática abordada neste relatório – é a Competência nº 6, que refere que, *as parteiras prestam cuidados abrangentes e de alta qualidade a bebés essencialmente saudáveis desde o nascimento até aos dois meses de idade* (ICM, 2015).

Para a aquisição e desenvolvimento desta competência foram realizadas diversas atividades, também estas definidas pela OE, pelo colégio da especialidade

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

e pelo ICM. Destaco as seguintes atividades relativamente às competências supracitadas:

Ao nível do EC Estágio com Relatório tive a oportunidade de promover o contacto pele com pele imediatamente após o nascimento, para que o RN estabilizasse sinais vitais, ficasse colonizado pela flora materna e iniciasse o AM, assim que demonstrasse disponibilidade para tal (evidenciasse sinais de prontidão para a alimentação). Esta atividade não foi realizada em três situações distintas tendo em conta que numa delas o AM era contraindicado por infeção materna com VIH, noutra situação a instabilidade do RN não o permitiu e na última não foi possível devido a complicações maternas.

Segundo Lamaze (2003), muitos RN assim que são colocados em contacto pele com pele com a mãe procuram instintivamente a mama, através do cheiro e da coloração da aréola e começam a mamar com bons reflexos de busca, sucção e deglutição, normalmente e preferencialmente logo na primeira hora de vida. Por sua vez, as mães demonstram maior motivação para prolongar a amamentação e menor propensão para oferecer LA aos seus bebés.

O contacto pele com pele está também associado ao aumento da confiança das mães para cuidar dos seus bebés, tendo em conta que o início precoce da amamentação acalma a mãe e o RN. O papel do EEESMO é fundamental para a realização deste contacto, podendo estimular e facilitar o mesmo. É importante oferecer tempo à díade para este contacto, proporcionar um ambiente tranquilo, posicionar a mãe confortavelmente, transmitir-lhe confiança e evidenciar os comportamentos de procura da mama, por parte do bebé. O contacto pele com pele é único e especial, tanto no momento do nascimento e estabelecimento do vínculo, como para o relacionamento futuro entre ambos (Santos, 2011).

Este contacto precoce é uma das formas de vinculação, recomendada pela OMS e UNICEF, defensoras de que o mesmo deve ser mantido pelo maior tempo possível e que a mãe deve ter sempre acesso ao seu bebé, devendo por isso o alojamento ser conjunto (OMS/UNICEF, 2009).

Na sala de partos onde decorreu este EC o alojamento conjunto é promovido o mais precocemente possível, para que o bebé inicie o AM na primeira hora de vida.

A separação precoce entre mãe e RN deve ser evitada e desencorajada tendo em conta que bebés separados da mãe por mais de vinte minutos não estão

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

tão recetivos a mamar na primeira hora de vida (Righard, 1990).

González (2004), ainda acrescenta que a separação do bebé da mãe dificulta a amamentação, aumenta o risco de hipoglicémia e hipotermia neonatais, considerando uma prática sem justificação científica.

Informei a mulher/casal sobre os benefícios do AM na primeira hora após o nascimento, de forma a capacitá-los para uma tomada de decisão livre e esclarecida. Proporcionei apoio prático à díade no início do AM, na primeira hora após o parto, nomeadamente no posicionamento da mãe e do bebé e na adaptação do bebé à mama, sempre que este tinha dificuldade. Realizei educação para a saúde de acordo com as necessidades de informação manifestadas pela puérpera/casal, que na sua maioria incidiam sobre a frequência e duração das mamadas, horário livre, sinais de prontidão e reflexos para a amamentação, posições para amamentar, pega adequada e reflexo de ocitocina.

Realizei uma sessão de formação em serviço à equipa multidisciplinar desta maternidade, sobre as intervenções do EEESMO na promoção da amamentação na primeira hora de vida, com o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à díade/família.

Considerei bastante enriquecedor o estabelecimento de relações terapêuticas com as utentes para uma melhor compreensão sobre as intervenções do EEESMO efetivamente importantes na promoção do AM na primeira hora de vida. Quais foram os aspetos valorizados, quais as intervenções do enfermeiro que não tiveram qualquer contributo na amamentação na primeira hora e o que poderia ser melhorado. Como resultado desta minha interação com as puérperas foram elaboradas notas de campo, que posteriormente foram submetidas à técnica de análise de conteúdo, cuja finalidade consiste em fazer inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens e a desmontagem de um discurso (Vala, 2001).

Ao nível do EC III – cuidados de saúde primários, promovi o AM através da elaboração de um folheto sobre a importância do contacto pele com pele e da amamentação na primeira hora de vida. E através da realização de uma sessão de educação para a saúde destinada a grávidas e conviventes significativos, com o objetivo de sensibilizar para os benefícios desta prática. De uma forma geral capacitar a mulher/casal para optar por esta intervenção e caso o pretendam, solicitá-la no contexto de sala de partos.



**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

Considereei bastante importante para a minha prestação de cuidados, tendo por base a melhor evidência científica, a possibilidade de assistir a dois dos eventos mais importantes no âmbito do AM que decorreram em Portugal no ano de 2016, a Conferência Internacional de Aleitamento Materno (CIAM) promovida pela *Academy of Breastfeeding Medicine* que decorreu em Lisboa nos dias 17 e 18 de Junho e a Conferência Internacional de Aleitamento Materno organizada pela Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos bebés (UNICEF), em que foi discutida a importância do AM para o desenvolvimento sustentável.

No desenvolvimento de competências durante a realização da UC estágio com relatório procurei sempre aplicar a evidência científica na prática de cuidados. Desta forma, as intervenções realizadas para o desenvolvimento desta competência alicerçaram-se numa pesquisa científica rigorosa, que cumpriu determinados critérios (revisão da literatura utilizando a metodologia da RSL e revisão narrativa), e tiveram em consideração as expectativas, os desejos e os testemunhos das mulheres a quem foram prestadas.

### **3.2. Considerações éticas**

Torna-se importante referir que no decurso do estágio com relatório e ao longo da realização deste trabalho foram respeitados os princípios éticos da autonomia, da beneficência, de não maleficência e da justiça (Fortin, 2009). Tal como os princípios reconhecidos no Código Deontológico do Enfermeiro (CDO), tendo em consideração o previsto no artigo 99º em que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2015, p. 5).

Este trabalho debruça-se sobre a temática do AM e o enfermeiro tem o dever de informar e aconselhar todas as futuras mães quanto à prática do mesmo, no entanto deve sempre respeitar a decisão da mãe e não pode nem deve culpabilizá-la caso não queira ou não possa amamentar. Tendo isso em conta e de acordo com o disposto no artigo 105º do CDO – Do dever de informação, defendi e respeitei, o direito da pessoa ao consentimento informado; informei as utentes e os seus conviventes significativos sobre os cuidados de enfermagem e fiz questão de responder e esclarecer as questões ou dúvidas que eram colocadas quer no âmbito do AM, quer também no âmbito do TP e parto (OE, 2015).

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

O direito à confidencialidade e à privacidade foram sempre uma constante na minha prática de cuidados, assim como na elaboração deste relatório e cumpro o determinado no artigo 106º do CDO – Do dever de sigilo, que preconiza “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (OE, 2015, p. 9).

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente documento teve como finalidade analisar e refletir sobre a minha atuação e os objetivos atingidos com a realização do EC – Estágio com Relatório e quais os contributos do mesmo para a prática de cuidados.

A constante exigência da prestação de cuidados e a procura de um elevado padrão da qualidade dos mesmos, despertou a necessidade de aprofundar conhecimentos através da pesquisa bibliográfica bem como da RSL, baseada em protocolos científicos bem definidos. Cada vez mais é exigido que a nossa prática se fundamente e sustente na evidência científica credível e atual.

Ao decidir dedicar-me sobre a promoção da amamentação na primeira hora de vida, acreditei que os conhecimentos e as competências que daí resultassem poderiam dar um pequeno contributo para uma prática com mais qualidade, uma maior satisfação das mulheres/casais com a experiência da amamentação e o restabelecimento de uma cultura “aleitante”.

Considero que as competências delineadas para este EC foram pertinentes e proporcionaram-me o aperfeiçoamento profissional e especialização no âmbito da prestação de cuidados à mulher, RN e família, durante os diferentes estádios do TP, puerpério e período neonatal. Admito que ainda tenho um longo caminho a percorrer, tendo em conta que ao assumir uma relação de responsabilidade e compromisso com as utentes/famílias terei necessidade de contínuo aperfeiçoamento e reflexão sobre a prática, que por sua vez contribuirão para o meu crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

A oportunidade de prestar cuidados durante o TP e parto foi para mim um privilégio e um desafio constante, uma experiência inesquecível, que me permitiu desenvolver competências no empoderamento e na tomada de decisão informada da mulher/casal, proporcionando a vivência de um momento único e positivo.

Relativamente à temática da amamentação na primeira hora de vida, quer o enquadramento conceptual quer o enquadramento metodológico contribuíram para aprofundar conhecimentos, alcançar os objetivos propostos e desenvolver competências na promoção, proteção e apoio ao AM. Creio ter realçado a importância da amamentação precoce, uma medida simples e um grande contributo para o sucesso do AM. As primeiras experiências das mães vão influenciar as suas

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

atitudes em relação à amamentação. Quando a primeira mamada é satisfatória, reforça a união psicoafetiva mãe-filho, os sentimentos que nutre pelo bebé, e ainda a continuidade a curto e a longo prazo da amamentação (Pereira, 2006).

A realização da sessão de formação em serviço sobre as “Intervenções do EEESMO na promoção da amamentação na primeira hora de vida”, na maternidade, teve como objetivo sensibilizar a equipa multidisciplinar, para a importância da operacionalização da 4ª medida da IHAB. São os enfermeiros especialistas quem orienta e auxilia a família na transição para a parentalidade, é fundamental facultar educação para a saúde à mulher/casal capacitando-os para uma tomada de decisão consciente e informada sobre a realização do contacto pele com pele e amamentação precoce, tornando-os sujeitos ativos no seu projeto de saúde. Ao nível dos cuidados de saúde primários, tive ainda a oportunidade de elaborar um folheto sobre a importância do contacto pele com pele e da amamentação na primeira hora de vida e realizar uma sessão de educação para a saúde destinada a grávidas e conviventes significativos, com o objetivo de realçar os benefícios desta prática e habilitar a mulher/casal a optar por esta intervenção na sala de partos caso o pretendam.

Efetuando uma breve análise dos resultados obtidos, relativamente às intervenções de enfermagem, é valorizado o suporte o físico e emocional. As mães reconhecem a importância do apoio prático, nomeadamente, no seu posicionamento ou do bebé e na adaptação do bebé à mama entre outros conselhos práticos. Ao nível do suporte emocional as utentes distinguem atitudes de disponibilidade, empatia, capacidade de escuta, dedicação, confiança, reforço positivo e esperança.

Realizando uma breve reflexão das evidências obtidas, comprova-se que o Enfermeiro Especialista desempenha um papel bastante importante no início, no estabelecimento e na manutenção da prática do AM, capacitando as mães e promovendo a sua confiança no desempenho deste projeto de AM. A educação para a saúde deve ter início ainda no período pré-natal e prolongar-se após a alta hospitalar, caso seja necessário o encaminhamento para os recursos da comunidade. É essencial incluir a família em todo este processo, pela influência na tomada de decisão das mulheres, em especial o pai do bebé e as avós. Nakano et al (2007) afirmam que no âmbito do AM é necessário ultrapassar o nível da díade mãe-bebé e tomar como alvo a família. Encarar a família como um elemento essencial nesta prática permitirá a criação de novas diretrizes na promoção, proteção e apoio

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

ao AM. Segundo Giugliani e Santos (2017), os pais e as avós das crianças exercem um papel importante no estabelecimento e na manutenção do AM. A influência positiva dos pais evidencia-se na decisão de amamentar, no apoio na primeira mamada e na duração da amamentação.

Interessa ainda salientar que para garantir o sucesso da amamentação precoce é essencial capacitar as mães para amamentar ainda na sala de partos, a mulher deve ser participante ativo no ato de amamentar na primeira hora de vida (Dias et al, 2013; Boccolini et al, 2011). É ainda fundamental promover a confiança e segurança maternas na sua competência para esta prática, possibilitar o alojamento conjunto mãe-bebé, proporcionar o contacto pele com pele imediatamente após o parto e o início precoce e mantido do AM, num ambiente calmo e tranquilo e de suporte por parte dos enfermeiros, em especial do EEESMO. Também Aghdas et al (2013) recomendam a realização do contacto pele com pele imediatamente após o parto e alertam para o facto de que a separação precoce entre mãe e RN deve ser evitada e desencorajada.

De acordo com a evidência científica, ao nível das maternidades e hospitais é indispensável o cumprimento das 10 medidas para o sucesso da amamentação (Aguar e Silva, 2011).

É imperativo uniformizar as orientações que são transmitidas, os enfermeiros como a principal fonte de informação útil, referida pelas mães, devem prestar aconselhamento coerente, universal e de qualidade, devendo assegurar que as necessidades de informação maternas são supridas (Leurer e Misskey, 2015).

A intervenção do EEESMO é determinante na promoção do contato pele com pele e na amamentação na primeira hora de vida. A precocidade da primeira mamada é decisiva para o início do AM, aumento da sua duração e exclusividade. Pelos inúmeros benefícios da amamentação, a proteção, promoção, e suporte ao AM devem ser uma prioridade nos cuidados de enfermagem.

A amamentação é uma experiência única na vida de uma mulher e quando vivenciada de forma gratificante constitui o maior indicador de sucesso do AM. As mulheres que sentiram maior satisfação em amamentar foram aquelas que prolongaram o AM durante mais tempo (Galvão, 2006).

Na minha perspetiva este trabalho é de extrema importância uma vez que teve em consideração não só os dados resultantes da RSL mas também os testemunhos das mães cuidadas no meu local de estágio, possibilitando a análise da

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

nossa intervenção, e o conhecimento do que é desnecessário ou até inconveniente, para podermos corrigir e assim melhorar a nossa prática.

Concluo que este EC foi bastante vasto em experiências e grandioso nas aprendizagens. No entanto, após a pesquisa realizada nas bases de dados verifico que em Portugal existem poucos estudos no âmbito da amamentação na primeira hora de vida, assim como sobre a intervenção do EEESMO no início, estabelecimento e manutenção do AM. A realização de estudos nesta área poderia contribuir para os enfermeiros compreenderem qual a perceção que as utentes e/ou famílias têm das suas práticas e caso seja necessário modificá-las. Devemos alterar atitudes ou procedimentos prejudiciais ao início e manutenção da amamentação, é essa a nossa função, cabe-nos a nós enquanto futuros EEESMO sermos elementos de mudança.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aghdas, K., Talat, K., Sepideh, B. (2014) – Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. *Women and Birth*, 27, 37-40.
- Aguiar, H. & Silva, A. I. (2011). Aleitamento Materno a Importância de Intervir. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 889-896.
- Almeida, E. A. & Filho, J. M. (2004) – O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. *Rev. Ciênc. Méd. Campinas*, 13 (4), 381-388.
- APEO & FAME. (2009). *Iniciativa Parto Normal - documento de consenso*. Loures: Lusociência.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bértolo, M. H. (2005). Aleitamento Materno - Experiência de Mães pela Primeira Vez. *ENFERMAGEM*, 40 (2), 15-28.
- Boccolini, C. S., Carvalho, M. L., Oliveira, M. I. & Vasconcellos, A. G. (2011). Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Revista Saúde Pública*, 45 (1), 69-78.
- Bowlby, J. (2002). *Apego: a natureza do vínculo*. (3ª ed.). São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Bowlby, J. (2002). *Formação e Rompimento dos laços afetivos*. São Paulo: Martins Fontes Editora.

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

- Burns, E., Schmied, V., Fenwick, J. & Sheehan, A. (2012). Liquid Gold from the milk bar: Constructions of breastmilk and breastfeeding women in the language and practices of midwives. *Social Science & Medicine*, 75, 1737-1745.
- Burns, E., Schmied, V., Fenwick, J. & Sheehan, A. (2013). Mining for liquid gold: midwifery language and practices associated with early breastfeeding support. *Maternal and Child Nutrition*, 9, 57-73.
- Carvalho, Marcus R. & Gomes, Cristiane F. (2017). *Amamentação: bases científicas*. (4<sup>a</sup> ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- De Leoz, M. L., Kalanetra, K. M., Bokulich, N. A. et al. (2015). Human milk glycomics and gut microbial genomics in infant feces show a correlation between human milk oligosaccharides and gut microbiota: a proof-of-concept study. *Journal Proteome Res.*, 14, 491-502.
- Dias, J. (2004). *Formadores: Que Desempenho*. Loures: Lusociência.
- Dias, A., Monteiro, T., Oliveira, D., Guedes, A., Godinho, C. & Alexandrino, A. M. (2013). Aleitamento Materno no primeiro ano de vida: prevalência, fatores protetores e de abandono. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44 (6), 313-318.
- Direção Geral da Saúde (2008). Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Acedido em: 13/02/2017. Disponível em: [http://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230\\_2.pdf](http://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf).
- Direção Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde – Orientações Estratégicas para 2012-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde. Vol. I.
- Direção Geral da Saúde (2014). *Registo do Aleitamento Materno, Relatório Janeiro a Dezembro de 2013*. Lisboa: DGS.



**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2016). *Documento orientador da Unidade Curricular – Estágio com relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia*. Lisboa.
- EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe (2004). Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Dublin.
- EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe (2008). Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised). European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg.
- Fortin, Marie-Fabienne (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Franco, S., Calafatinho, D., Abade, L., Ornelas, M. & Oliveira, S. (16 de abril de 2014). Contacto Precoces. *Jornal da Madeira*, 6.
- Galvão, D. G. (2006). *Amamentação Bem Sucedida: alguns fatores determinantes*. Loures: Lusociência.
- Galvão, D. G. (2009). Promoção da amamentação na primeira hora após o parto. *Nursing edição portuguesa*, 242 (8), 7-12.
- Gartner, L., Morton, J., Lawrence, R., Naylor, A., O'Hare, D., Schanler, R. & Eidelman R. (2005). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 115 (2), 496-506.
- Giugliani, Elsa R. J. & Santos, Evangelina K. A. (2017). Amamentação Exclusiva. In Carvalho, Marcus R. & Gomes, Cristiane F. *Amamentação: bases científicas*. (pp. 37 – 48). (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

- Gomes, B., Nelas, P. & Duarte, J. (2012). Prevalência do Aleitamento Materno na Beira Interior. In C. M. Albuquerque, *Comportamentos De Saúde Infanto - Juvenis: Realidades e Prespetivas* (pp. 159 - 172). Viseu: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu.
- González, Carlos (2004). *Manual Prático do Aleitamento Materno*. Parede: Mama Mater – Associação.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do Adolescente*. (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- International Confederation of Midwives (2013). Essential competencies for basic midwifery practice 2010, revised 2013. pdf Acedido em: 20/06/2017.  
Disponível em:  
<http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010%20revised%202013.pdf>.
- International Confederation of Midwives (17 de março de 2015). Midwifery Services Framework Guidelines for developing SRMNAH. *Services by midwives*. 1-35.
- Jones, Ricardo H. (2017). Amamentação e o continuum da humanização. In Carvalho, Marcus R. & Gomes, Cristiane F. *Amamentação: bases científicas*. (pp. 194 – 195). (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Kérouac, Suzanne et al. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson, S.A.
- Kronborg, H., Ingegerd, H. & Hall, E. O. (2015). First time mother's experiences of breastfeeding their newborn. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6, 82-87.
- Lakatos, E. M. (2002). *Técnicas de Pesquisa*. (5ª ed.). São Paulo: Ed. Atlas.
- Lamaze Internacional (2003). *Instituto Lamaze para o parto normal*. Acedido em: 10/05/2017. Disponível em:

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

[http://www.inutero.pt/UserFiles/File/artigos/nascimento/nao\\_separar\\_a\\_mae\\_d\\_o\\_bebe.pdf](http://www.inutero.pt/UserFiles/File/artigos/nascimento/nao_separar_a_mae_d_o_bebe.pdf).

Lei N° 7/2009 de 12 de fevereiro (2009). Parentalidade. Diário da República 1ª Série, N° 30 (12-02-2009) 935-942.

Lei N° 120/2015 de 1 de setembro (2015). Procede à nona alteração ao Código do Trabalho, aprovado pela Lei N° 7/2009, de 12 de fevereiro, reforçando os direitos de maternidade e paternidade, à terceira alteração ao Decreto-Lei N° 91/2009, de 9 de abril, e à segunda alteração ao Decreto-Lei N° 89/2009, de 9 de abril. Diário da República 1ª Série, N° 170 (1-09-2015) 6635-6637.

Leurer, M. D. & Misskey, E. (2015). Be positive as well as realistic: a qualitative description analysis of information gaps experienced by breastfeeding mothers. *International Breastfeeding Journal*, 10,10.

Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

Lowdermilk, D. L. & Perry, S. E. (2008) – *Enfermagem na Maternidade*. (7ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Malglaive, G. (1995). *Ensinar Adultos*. Porto: Porto Editora.

Mannel, R., Martens, P. J. & Walter, M. (2011). *Manual Prático para Consultores de Lactação*. Loures: Lusociência.

Mendonça, S. (2009). *Competências Profissionais dos Enfermeiros - a excelência do cuidar*. Lisboa: Editorial Novembro.

Müller, Patrícia W. & Donelli, Tagma M. S. (2017). Maternidade, Relação Mãe-Bebé e Amamentação – Contribuições para o Desenvolvimento Emocional Infantil.

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

In Carvalho, Marcus R. & Gomes, Cristiane F. *Amamentação: bases científicas*. (pp. 212 – 224). (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Nakano, A., Reis, M., Pereira, M. & Gomes, F. (2007). Women's social space and the reference for breastfeeding practice. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 2, 230-238.

Nelas, P. A., Ferreira, M., & Duarte, J. C. (2008). Motivação para a Amamentação: construção de um instrumento de medida. *Referência*, II Série (6), 39-56. Acedido em: 14-07-2017. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2008/3956.php>.

OMS (1989). *Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: O papel especial dos serviços materno-infantis*. Genebra: OMS.

OMS (1996). *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: OMS. Unidade de Maternidade Segura.

OMS (1997). *División de desarrollo de sistemas y servicios de salud (hsp) programa de desarrollo de recursos humanos (hsr) 11. El desafio educativo de las reformas sectoriales: câmbios en la capacitación y la evaluación para el trabajo en salud. Grupo de trabajo sobre evaluación de la capacitación en salud*. 1, Buenos Aires: Junho/Julho. p. 33.

OMS & UNICEF (2017). *Comunicado de Imprensa Conjunto – Bebés e mães em todo o mundo sofrem os efeitos da falta de investimento no aleitamento materno*. Genebra/Nova Iorque: OMS e UNICEF.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Conselho de Enfermagem: do Caminho Percorrido e das Propostas*. Lisboa: Edições OE, Grafinter.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Diário da República*, 2.ª Série – N°35 – 18 de Fevereiro de 2011, Pág. 8662. Acedido em: 10/02/2017. Disponível em:

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127\\_2011\\_CompetenciasEspecifEnfSMObst\\_Ginecologica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127_2011_CompetenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. Código Deontológico, Pub. L. No. Estatuto da OE (2015). Portugal. Acedido em: 06/07/2017. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Obras orientadoras do exercício de Enfermagem. Junho 2015. Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. Acedido em: 21/02/2017. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso\\_EESMO.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf)

Pereira, M. A. (2006). *Aleitamento Materno: Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação - resultados de um estudo experimental*. Loures: Lusociência.

Ramalho, A. (2010). A Experiência de Sentir-se Respeitada Durante o Trabalho de Parto no Hospital. *Pensar Enfermagem*, 14 (1), 9-23.

Righard, L. (1990). Effect of delivery room routines on success of first breastfeed. *Lancet*, 336 (3), 1105-1107.

Sampaio, R. F. (2007). Systematic review studies: a guide for careful synthesis of scientific evidence. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 83-89.

Santos, A. (2011). *A Importância do Contacto Precoce Pele-a-Pele Entre Mãe e Bebê*. Acedido em: 15/05/2017. Disponível em: [http://www.chbalgarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22430/ArtigocontactopeleapeleCHBA\\_final.pdf](http://www.chbalgarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22430/ArtigocontactopeleapeleCHBA_final.pdf).

Saraiva, H. (2010). *Aleitamento Materno - Promoção e Manutenção* (1ª ed.). Lisboa: Lidel.

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40 (3), 161-166.
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *Journal of Nursing Scholarship*, 25 (4), 352-357.
- Swanson, K. M. (2006). A Program of Research on Caring. In Parker, M. (2006). *Nursing Theories and Nursing Practice*, (pp. 351 – 359). (2ª ed.). Florida: Davis Company.
- Swanson, K. M. (2011). Teoría de los cuidados. In M. Alligood, & A. Tomey. *Modelos y teorías en enfermería*. 7ª ed. (pp. 741-752). Barcelona: Elsevier Espanha, S. L.
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª ed. Loures: Lusociência.
- The Joanna Briggs Institute (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.
- UNICEF (2016). *FROM THE FIRST HOUR OF LIFE – Making the case for improved infant and young child feeding everywhere Part I: Focus on breastfeeding*. New York: UNICEF.
- Vala, J. (2001). A análise de conteúdo. In Silva, A. & Pinto, J. *Metodologia das Ciências Sociais*. (pp. 101 – 128). (11ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Verduci, E., Banderali, G., Barberi, S. et al. (2014). Epigenetic effects of human breast milk. *Nutrients*, 6 (4), 1711-1724.
- Victora, C. G., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Bahl, R., Rollins, N. C., Horton, S. ... Walker, N. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanism, and lifelong effect. *The Lancet*, 387 (10017), 475-490.

**Promoção da Amamentação na primeira hora de vida:**  
intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas

- White, A. L., Carrara, V. I., Paw, M. K., Dahbu, C. P., Gross, M. M., Stuetz, W. ... McGready, R. (2012). High initiation and long duration of breastfeeding despite absence of early skin-to-skin contact in karen refugees on the Thai/Myanmar border: a mixed methods study. *International Breastfeeding Journal*, 7-19.
- World Health Organization & UNICEF (1993). Breastfeeding counselling: A training course (trainers guide). Acedido em: 18/07/2017. Disponível em: [http://www.who.int/entity/child\\_adolescent\\_health/documents/pdfs/bc\\_directors\\_guide.pdf](http://www.who.int/entity/child_adolescent_health/documents/pdfs/bc_directors_guide.pdf).
- World Health Organization (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneve: World Health Organization/UNICEF.
- World Health Organization & UNICEF (2009). Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised, updated and expanded for integrated care. Acedido em: 10/06/2017. Disponível em: [http://www.whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594974\\_eng.pdf](http://www.whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594974_eng.pdf)
- World Health Organization (2011). Nutrition. Exclusive breastfeeding. Acedido em: 10/07/2017. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive/breastfeeding/en/>
- World Health Organization (2013). *Essential Nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition*. Geneve: World Health Organization.
- World Health Organization & UNICEF (2015). *World Bank, Joint Child Malnutrition Estimates – Levels and Trends*. Geneve: WHO, UNICEF, World Bank.
- World Health Organization & UNICEF (2016). *Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding, and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV*. Geneve: World Health Organization.

## APÊNDICES



## **APÊNDICE I**

Quadros Síntese dos Artigos Incluídos na Revisão Sistemática da Literatura

ARTIGO Nº 1	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	<p><b>Autor:</b> Andreia Dias, Tânia Monteiro, Dulce Oliveira, Ana Guedes, Cristina Godinho e Ana Margarida Alexandrino</p> <p><b>Título:</b> Aleitamento materno no primeiro ano de vida: prevalência, fatores protetores e de abandono</p> <p><b>Ano:</b> 2013</p> <p><b>Publicação:</b> Acta Pediátrica Portuguesa 2013; 44(6):313-318</p>
OBJETIVOS DO ESTUDO	Identificar os fatores que influenciam a adesão à amamentação e os períodos críticos de abandono do aleitamento materno (AM), como forma de auxiliar na elaboração de novas estratégias de intervenção que visem a promoção do AM.
TIPO DE ESTUDO	Estudo quantitativo, descritivo, prospetivo.
METODOLOGIA	<p><b>Participantes:</b> Este estudo incluiu 147 puérperas internadas no último trimestre de 2010 numa Maternidade com cuidados perinatais diferenciados e Hospital Amigo dos Bebés desde 2009.</p> <p>Para a inclusão da díade no estudo o RN e a mãe tinham que praticar alojamento conjunto no puerpério. Sendo excluídos os RN cuja patologia motivasse internamento em cuidados intensivos ou que tivessem contraindicação para amamentação.</p> <p><b>Colheita de dados:</b> Através da aplicação de um questionário durante o internamento no puerpério onde foram registadas variáveis sociodemográficas, vigilância da gravidez, experiência prévia de amamentação, tipo de aleitamento e identificação das vantagens e dificuldades no AM. E posterior contacto telefónico onde as mães foram questionadas sobre o tipo de leite usado ao 1º, 3º, 6º e 12º mês (M) e relativamente aos motivos de abandono do AM.</p> <p><b>Análise dos dados:</b> Os dados recolhidos foram analisados recorrendo ao SPSS versão 19.0 (IBM SPSS, EUA), usando o teste xis-quadrado.</p>
PRINCIPAIS CONCLUSÕES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A prevalência do AM foi: 98% à data da alta, 95% ao 1M, 76% aos 3M, 56% aos 6M e 31% aos 12M.</li> <li>- O AM na primeira hora de vida verificou-se em 90% dos RN e relacionou-se significativamente com o aleitamento materno exclusivo (AME) na data da alta.</li> <li>- As vantagens do AM foram identificadas por 93,2% das mães. E as maiores dificuldades foram: o horário de amamentação (56%) e a técnica da pega (60%).</li> <li>- A experiência positiva, a motivação para amamentar e o não uso de tetina revelaram-se como fatores protetores do AM até aos 3M. O mesmo se constatou com o conhecimento da técnica para a permanência do AM aos 9M.</li> <li>- A administração de suplementos lácteos e a noção de hipogalactia influenciaram significativamente o abandono do aleitamento aos 3M.</li> <li>- O regresso ao trabalho foi determinante para o abandono do AM aos 12M.</li> <li>- É essencial o acompanhamento por profissionais de saúde desde o período pré-natal até ao primeiro ano de vida.</li> <li>- As estratégias de intervenção devem incidir na promoção da amamentação na primeira hora de vida, evitar a administração de fórmulas lácteas e o uso de tetina.</li> <li>- Após a alta deve ser desmistificada a noção materna de hipogalactia e deve ser promovido o apoio nos períodos críticos de abandono do AM.</li> </ul>

ARTIGO Nº 2	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO</b>	<p><b>Autor:</b> Cristiano Siqueira Boccolini, Márcia Lazaro de Carvalho, Maria Inês Couto de Oliveira e Ana Glória Godoi Vasconcellos</p> <p><b>Título:</b> Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida</p> <p><b>Ano:</b> 2011</p> <p><b>Publicação:</b> Revista Saúde Pública 2011; 45(1):69-78</p>
<b>OBJETIVOS DO ESTUDO</b>	Identificar os fatores associados à amamentação na primeira hora de vida – 4º passo da Iniciativa Hospital Amigo dos Bebês (IHAB).
<b>TIPO DE ESTUDO</b>	Estudo quantitativo, observacional, transversal.
<b>METODOLOGIA</b>	<p><b>Participantes:</b> Foi utilizada uma amostra estratificada proporcional ao número de partos previstos nesse período em todas as 47 maternidades do Rio de Janeiro, entre 1999 e 2001. Foram excluídos RN ou mães com restrição ao AM, resultando numa amostra de 8397 díades.</p> <p><b>Colheita de dados:</b> Entrevistas gravadas seguindo um questionário estruturado.</p> <p><b>Análise dos dados:</b> Foi adotado o modelo Poisson com efeitos aleatórios ao nível das maternidades, numa abordagem hierarquizada com três níveis: distal - para características maternas, intermédio - para assistência pré-natal e proximal – para os cuidados hospitalares. Utilizou-se a análise bivariada (xis-quadrado de Pearson) para cada variável para examinar a associação estatisticamente significativa com o objetivo em estudo.</p>
<b>PRINCIPAIS CONCLUSÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Foram amamentados na primeira hora de vida 16,1% dos RN.</li> <li>- O AM durante esse período foi menos prevalente entre os RN com intercorrências imediatas após o parto, entre as mulheres que não tiveram contacto com os RN na sala de parto, as que tiveram parto por cesariana (5,8%) e cujo parto ocorreu em maternidade privada ou com acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS).</li> <li>- O efeito do contexto das maternidades foi estatisticamente significativo, tendo em conta que foram observadas grandes disparidades no início do AM entre os diferentes tipos de maternidades: 39,2% dos RN nascidos em maternidades municipais e federais foram amamentados na primeira hora, contra menos de 2% dos nascidos em maternidades privadas.</li> <li>- A amamentação na primeira hora de vida foi influenciada por práticas inadequadas ao nível das maternidades, em particular nas privadas e com acordo com o SUS;</li> <li>- O efeito do tipo de maternidade e a ausência de fatores individuais maternos que impeçam a amamentação na primeira hora, sugerem que as mães têm pouco ou nenhum poder de decisão na amamentação e como tal dependem das práticas institucionais vigentes nas maternidades.</li> <li>- Surge a necessidade de empoderar as mães a amamentar ainda na sala de partos, respeitando as suas particularidades e diversidades socioculturais.</li> <li>- A mulher deve ser sujeito no ato de amamentar na primeira hora de vida. Este não deve ser mais um procedimento ao qual a mulher seja submetida em prol de um ideal de humanização.</li> <li>- Este empoderamento deve começar ao nível do pré-natal onde a mulher deve ser informada sobre todos os benefícios do AM na primeira hora de vida, para que avalie e construa as suas escolhas.</li> </ul>

ARTIGO Nº 3	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO</b>	<p><b>Autor:</b> Dulce Garcia Galvão</p> <p><b>Título:</b> Promoção da amamentação na primeira hora após o parto</p> <p><b>Ano:</b> 2009</p> <p><b>Publicação:</b> Suplemento Nursing edição portuguesa 2009; 242(8):7-12</p>
<b>OBJETIVOS DO ESTUDO</b>	Descrever as estratégias de intervenção desenvolvidas por futuros EEESMO no apoio às mães a iniciar o AM na primeira hora após o parto e quais os seus conhecimentos e experiências sobre a amamentação imediatamente após o parto.
<b>TIPO DE ESTUDO</b>	Estudo quantitativo, descritivo transversal.
<b>METODOLOGIA</b>	<p><b>Participantes:</b> Estudo constituído por 97 alunos que frequentavam o CPLESMO em quatro escolas superiores de enfermagem de Portugal e que já tinham realizado o ensino clínico no bloco de partos.</p> <p><b>Colheita de dados:</b> Utilizou-se como instrumento de recolha de informação um questionário aplicado entre os meses de maio a julho de 2007.</p> <p><b>Análise dos dados:</b> As medidas estatísticas utilizadas atenderam ao tipo de variáveis em estudo e aos objetivos da pesquisa, foram de tendência central e de dispersão.</p>
<b>PRINCIPAIS CONCLUSÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 90,7% dos formandos referiu que coloca o RN a mamar na primeira hora após o parto; 70,1% fá-lo sempre e 9,3% nunca colocam o bebé à mama na primeira hora após o parto.</li> <li>- A totalidade dos futuros EEESMO reconhece as vantagens da mamada precoce para a díade.</li> <li>- 59,8% destes estudantes referiu colocar o RN despido sobre o abdómen da mãe. Apenas 17,5% o fazem sempre e 40,2% nunca o faz.</li> <li>- A maioria dos participantes, (91,8%) coloca a criança a mamar quando ela regressa para junto da mãe, após a prestação de cuidados imediatos, completamente vestida.</li> <li>- 84,5% dos participantes conheciam os 10 passos preconizados pela OMS/UNICEF para o sucesso da amamentação, sobretudo o 4º passo com 69,1% e o passo 9 com 70,1%.</li> <li>- 16,5% dos inquiridos responderam que não desenvolviam nenhum dos 10 passos; e aqueles que desenvolviam referiram ser o passo 3 (42,3%), o passo 4 (63,9%), o passo 7 (47,4%) e o passo 9 (49,5%).</li> <li>- Face aos resultados, impera a necessidade destes formandos, desenvolverem esforços para implementar o 4º passo preconizado pela OMS/UNICEF, que se traduz na importância de colocar os bebés em contacto pele a pele com as mães logo após o nascimento, durante pelo menos uma hora e incentivar as mães a reconhecer quando os RN estão aptos a mamar, oferecendo ajuda se necessário.</li> </ul>

ARTIGO Nº 4	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	<p><b>Autor:</b> Karimi Aghdas, Khadivzadeh Talat e Bagheri Sepideh</p> <p><b>Título:</b> Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial</p> <p><b>Ano:</b> 2013</p> <p><b>Publicação:</b> Women and Birth 2014; (27):37-40</p>
OBJETIVOS DO ESTUDO	<p>Avaliar o efeito do contacto pele com pele imediato entre a mãe e RN e a autoeficácia na amamentação, em mulheres primíparas.</p> <p>Determinar a autoeficácia da mulher na amamentação aos 28 dias após o parto e o sucesso da amamentação precoce assim como o tempo médio do seu início.</p>
TIPO DE ESTUDO	Estudo quantitativo, ensaio controlado randomizado.
METODOLOGIA	<p><b>Participantes:</b> Amostra constituída por 114 primíparas, iranianas, saudáveis, com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos, com partos de termo eutócicos e com a intenção de amamentar.</p> <p>As díades (mãe-filho) foram distribuídas aleatoriamente em dois grupos, o grupo experimental submetido a contacto pele a pele no mínimo durante 2 horas (n=57) e o grupo de controlo onde eram praticados os cuidados habituais (n=57).</p> <p><b>Colheita de dados:</b> Estudo realizado com base num questionário desenvolvido pelos investigadores que abrangia as características maternas e os dados dos RN.</p> <p>Foi utilizada a <i>Infant Breast Feeding Assessment Tool</i> (IBFAT) para avaliar o sucesso da primeira mamada, incluindo 4 itens relacionados com a competência para a amamentação dos RN: a disposição para a amamentação, o reflexo de busca, a pega e o padrão de aleitamento.</p> <p>Aos 28 dias após o parto realizaram-se entrevistas telefónicas para determinar a autoeficácia materna na amamentação utilizando a <i>Persian Version</i> da <i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale</i> (BSES), que mede a confiança materna no aleitamento.</p> <p><b>Análise dos dados:</b> Os dados foram analisados através do SPSS, do teste T <i>student's</i>, do xis quadrado e ainda do Teste de Mann-Whitney.</p>
PRINCIPAIS CONCLUSÕES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No final do estudo restaram apenas 92 díades (47 do grupo experimental e 45 do grupo de controlo). No grupo experimental a autoeficácia no aleitamento materno foi de 53.42%, contra os 49.85% no grupo de controlo.</li> <li>- A taxa de sucesso na primeira mamada foi de 56.6% no grupo de contacto pele a pele em comparação com os 35.6% no grupo de cuidados de rotina.</li> <li>- O tempo estimado para o início da primeira mamada foi de 21,98 min, no grupo experimental, contra os 66,55 min do grupo de controlo.</li> <li>- O contacto pele a pele imediatamente após o parto é um método não invasivo, fácil e sem custos que aumenta a confiança e melhora a autoeficácia materna, que se traduz no aumento do aleitamento materno exclusivo e da sua duração.</li> <li>- A separação precoce entre mãe e RN deve ser evitada e desencorajada.</li> </ul>

ARTIGO Nº 5	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO</b>	<p><b>Autor:</b> Hanne Kronborg, Ingegerd Harder e Elisabeth O. C. Hall</p> <p><b>Título:</b> First time mother's experiences of breastfeeding their newborn</p> <p><b>Ano:</b> 2015</p> <p><b>Publicação:</b> Sexual &amp; Reproductive Healthcare 2015; (6):82-87</p>
<b>OBJETIVOS DO ESTUDO</b>	<p>Aumentar os números e a duração do AM exclusivo.</p> <p>Reforçar a confiança materna, ajudar as mães a amamentar e a prolongar a amamentação através do conhecimento das suas experiências/vivências relativamente ao AM precoce.</p>
<b>TIPO DE ESTUDO</b>	Estudo qualitativo fenomenológico.
<b>METODOLOGIA</b>	<p><b>Participantes:</b> Amostra aleatória, constituída pelas primíparas que responderam à questão aberta sobre a sua experiência de AM. Foram apenas 108 primíparas dinamarquesas, com partos de termo de um único filho e que iniciaram a amamentação logo após o parto.</p> <p><b>Colheita de dados:</b> A recolha de dados foi feita através de dois questionários preenchidos pelas mães. O primeiro questionário foi entregue pelo profissional de saúde na primeira visita domiciliária, uma a duas semanas após o parto. O segundo questionário foi entregue ou enviado pelo correio às mães, aproximadamente 5 meses após o parto. O segundo questionário incluía uma questão aberta onde era solicitada a descrição das experiências maternas relativamente ao AM e eram pedidos exemplos.</p> <p><b>Análise dos dados:</b> As respostas à questão aberta foram submetidas a análise de conteúdo.</p>
<b>PRINCIPAIS CONCLUSÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A análise das respostas à questão aberta permitiu identificar como tema principal – O percurso para o estabelecimento do AM, que por sua vez se subdividiu em 3 categorias: a 1ª – dúvidas e incertezas; a 2ª – em busca de apoio; e a 3ª – tranquila com a opção de alimentação da criança.</li> <li>- Dentro da 1ª categoria as subcategorias identificadas foram: AM interligado à aptidão para a maternidade, amamentação dolorosa e informações/ensinos contraditórios.</li> <li>- A 2ª categoria continha as seguintes subcategorias: compreensão dos sinais do bebé, preocupações com a produção de leite, indecisão relativamente ao AM e a necessidade do apoio dos profissionais.</li> <li>- Na 3ª categoria incluem-se as seguintes subcategorias: um bebé vigoroso, confiança na capacidade para amamentar e adoção da respetiva opção de alimentação.</li> <li>- O apoio prestado às primíparas deve contribuir também para facilitar a transição para a parentalidade, esclarecer sobre os sinais de fome/reflexos do bebé e a pega correta na mama.</li> <li>- Deve aumentar a confiança materna sobre a sua produção de leite e a sua capacidade para cuidar do bebé.</li> </ul>

ARTIGO Nº 6	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO</b>	<p><b>Autor:</b> Marie Dietrich Leurer e Eunice Misskey</p> <p><b>Título:</b> “Be positive as well as realistic”: a qualitative description analysis of information gaps experienced by breastfeeding mothers</p> <p><b>Ano:</b> 2015</p> <p><b>Publicação:</b> International Breastfeeding Journal 2015; 10:10</p>
<b>OBJETIVOS DO ESTUDO</b>	<p>Identificar as necessidades de informação maternas sobre a amamentação e as suas recomendações para melhorar o apoio ao AM.</p> <p>Aumentar o conhecimento sobre as razões que levam ao desmame precoce.</p> <p>Compreender as vivências maternas relativamente à sua experiência de amamentação desde o nascimento até aos 6 meses de idade.</p>
<b>TIPO DE ESTUDO</b>	Estudo qualitativo fenomenológico.
<b>METODOLOGIA</b>	<p><b>Participantes:</b> Amostra aleatória, constituída por 191 mães que responderam ao questionário, que iniciaram a amamentação e cujos filhos tinham entre 6 até 11 meses de idade.</p> <p><b>Colheita de dados:</b> A recolha de dados foi realizada através de um questionário entregue por enfermeiros do sistema de saúde público do Canadá. As duas questões abertas mais importantes neste estudo eram: (1) “Qual o apoio ou aconselhamento que recebeu que foi útil para alimentar o seu bebé?”; (2) “Qual o apoio ou informação sobre a alimentação do seu filho que achava útil mas que não recebeu?”.</p> <p><b>Análise dos dados:</b> As respostas às duas principais questões abertas, foram submetidas à análise de conteúdo.</p>
<b>PRINCIPAIS CONCLUSÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A maioria das mulheres considerou que recebeu ajuda e aconselhamento úteis. Apenas 4% das participantes que responderam à primeira pergunta achou que não recebeu ajuda ou aconselhamento útil.</li> <li>- As mães identificaram as várias fontes de informação útil, sendo os enfermeiros a mais prevalente: enfermeiros (41%), familiares (20%), documentação escrita (15%), amigos/outras mães (13%), experiências de AM anteriores (12%), conselheiros em amamentação (11%), médicos (7%), frequência de cursos em grupo pré e pós natais (7%) e a internet (7%).</li> <li>- As necessidades de informação e aconselhamento manifestadas pelas mães recaíram sobre: a produção de leite, a frequência e duração das mamadas, as posições para amamentar, a pega adequada, os cuidados com os mamilos, a extração de leite manual e com bomba e a introdução de outros alimentos na dieta das crianças. As mães referem sobretudo a necessidade de serem informadas sobre as dificuldades/complicações mais comuns do AM, como forma de aumentar a sua confiança e prepará-las para enfrentar estas situações.</li> <li>- As necessidades de informação identificadas pelas mães, associadas à noção de hipogalactia, dificuldades na pega e desconforto nos mamilos são muitas das vezes as causas do desmame precoce.</li> <li>- É de extrema importância que os serviços que apoiam o AM forneçam aconselhamento coerente, universal e de grande qualidade a todas as mães que amamentam e que assegurem que as necessidades de informação maternas são supridas.</li> </ul>

ARTIGO Nº 7	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	<p><b>Autor:</b> E. Burns, V. Schmied, J. Fenwick e A. Sheehan</p> <p><b>Título:</b> Liquid Gold from the milk bar: Constructions of breastmilk and breastfeeding women in the language and practices of midwives</p> <p><b>Ano:</b> 2012</p> <p><b>Publicação:</b> Social Science &amp; Medicine 2012; (75):1737-1745</p>
OBJETIVOS DO ESTUDO	<p>Analisar as razões da insatisfação materna relativamente ao apoio prestado pelas parteiras no início do AM.</p> <p>Compreender o impacto da linguagem e das práticas das parteiras no início do AM.</p> <p>Examinar quais os significados atribuídos pelas parteiras ao LM e às mulheres que amamentam, através das interações com as mesmas.</p>
TIPO DE ESTUDO	Estudo qualitativo etnográfico.
METODOLOGIA	<p><b>Participantes:</b> Estudo realizado em 2 hospitais públicos de New South Wales, Austrália. Participaram 77 mulheres com idade superior a 16 anos, que compreendiam e falavam a língua inglesa e que amamentavam. E 76 parteiras distribuídas: pela componente pré-natal durante as sessões de educação para a parentalidade, pela componente de observação pós-natal, pelas entrevistas e ainda pelos 4 grupos de análise/discussão.</p> <p><b>Colheita de dados:</b> A principal fonte de recolha de informação foi através da observação e gravação de 85 interações entre as parteiras e as mulheres durante o apoio na amamentação e as respetivas notas de campo sobre o comportamento das parteiras. No entanto existiram ainda outras fontes: observação e gravação de sessões de educação para a parentalidade sobre o AM; 23 das 77 mulheres que participaram anteriormente na gravação de interações, foram depois submetidas a uma entrevista de seguimento, centrada nas experiências maternas sobre o apoio das parteiras e foram ainda realizadas 11 entrevistas a quadros superiores, gestores, formadores de parteiras, conselheiras em AM e médicos especialistas.</p> <p><b>Análise dos dados:</b> Foi realizada através da análise de conteúdo dos dados resultantes da transcrição das gravações das interações, das notas de campo e das entrevistas.</p>
PRINCIPAIS CONCLUSÕES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A linguagem adotada pela maioria das parteiras (75%), revela que estas dão prioridade à educação e ao apoio no AM, considerando-os como vertentes fundamentais dos cuidados pós-natais. As parteiras privilegiam quer o colostro quer o leite maduro, comparando-o a um recurso precioso, essencial para a saúde e bem-estar da criança e da mãe. As referências ao LM como “<i>liquid gold</i>” surgem de forma verbal e implícita nas práticas das parteiras.</li> <li>- Segundo esta perspetiva a produção e obtenção deste “<i>liquid gold</i>” é a prioridade sobre todo o processo da amamentação e as mulheres surgem por vezes conotadas como operadoras incompetentes do seu “equipamento corporal”, com poucos conhecimentos e pouca perícia. As mulheres descrevem-se a si próprias como “máquinas de produzir leite”, “donas de equipamento para amamentar” e chegam até a sentir que as mamas não lhes pertencem durante este período.</li> <li>- Neste contexto a amamentação é comparada a um processo mecânico/fabril, que requer a assistência de um perito. Parece tornar a mulher “invisível”, reduzindo o AM à troca de um fluído nutricional e prejudicando a relação Mãe/Filho.</li> <li>- Esta abordagem das parteiras centra-se na parte nutricional em detrimento da comunicação, relação e apoio às mulheres.</li> <li>- Estes resultados indicam a necessidade de alterar as práticas, “tecnicistas”, atuais das parteiras e a importância de uma mudança cultural, urgente, nos cuidados pós-natais.</li> </ul>



ARTIGO Nº 8	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	<p><b>Autor:</b> Elaine Burns, Jenny Fenwick, Athena Sheehan e Virginia Schmied</p> <p><b>Título:</b> Mining for liquid gold: midwifery language and practices associated with early breastfeeding support</p> <p><b>Ano:</b> 2013</p> <p><b>Publicação:</b> Maternal and Child Nutrition 2013; (9):57-73</p>
OBJETIVOS DO ESTUDO	Compreender as características e o impacto da linguagem e das práticas das parteiras durante o apoio às mulheres no início do AM.
TIPO DE ESTUDO	Estudo qualitativo etnográfico.
METODOLOGIA	<p><b>Participantes:</b> Estudo realizado em 2 hospitais públicos de New South Wales, Austrália. Participaram 77 mulheres, com idade superior a 16 anos, que compreendiam e falavam a língua inglesa e que amamentavam. Desta amostra 45 mulheres eram primíparas, amamentavam pela primeira vez, e 32 eram múltiparas. Integraram também o estudo 73 parteiras e 3 alunas: 33 parteiras e 3 alunas inseridas nas observações/gravações das interações parteira-utente e as restantes 40 parteiras, selecionadas por conveniência, foram distribuídas em 4 grupos de análise/discussão.</p> <p><b>Colheita de dados:</b> A principal fonte de recolha de informação foi através da observação e gravação de 85 interações entre as parteiras e as mulheres que amamentavam e as respetivas notas de campo sobre o comportamento das parteiras. No entanto existiram outras fontes: 23 entrevistas de seguimento às mulheres após a alta, centradas nas experiências maternas sobre o apoio das parteiras, 11 entrevistas a parteiras e gravação das reuniões dos 4 grupos de discussão.</p> <p><b>Análise dos dados:</b> Foi realizada através da análise de conteúdo dos dados resultantes da transcrição das gravações das interações, das notas de campo e das entrevistas. Esta análise permitiu identificar de que forma a linguagem/comunicação reflete as crenças e as práticas das participantes, mulheres e parteiras, em relação ao AM.</p>
PRINCIPAIS CONCLUSÕES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A análise de conteúdo permitiu identificar 3 perspetivas distintas, (categorias), que refletem as crenças e as práticas das parteiras: a 1ª – “em busca de ouro líquido”; a 2ª – “AM não é inacessível”; e a 3ª – “a amamentação é uma relação”. Dentro de cada perspetiva as parteiras comunicam e atuam de forma diferente.</li> <li>- Dentro da 1ª categoria, (a mais frequente em 80% das interações), as parteiras realçam o leite materno como “ouro líquido” e reconhecem a amamentação como um “mecanismo” para transferir esta nutrição de excelência. As subcategorias identificadas foram: “experiência prática – assunção dos direitos de acesso”, em que as mamas maternas são vistas como uma parte do equipamento para amamentar e as parteiras são as especialistas com livre acesso na sua manipulação; “instrumentos de trabalho – dinamizar e consertar o equipamento”, as parteiras assumem o controlo da situação e as mulheres submetem-se às práticas e técnicas desenvolvidas pela especialista no AM; “a parteira especialista”, as parteiras manifestam-se como as responsáveis pelos ensinamentos às mães assim como as supervisoras, sempre prontas a identificar e a corrigir o “erro” na amamentação.</li> <li>- Na 2ª categoria, identificada em 9 das 85 interações (11%), o AM é visto pelas parteiras como “natural” e “fácil”, acessível a todas as mulheres, basta que estejam suficientemente motivadas para tal. A decisão e a intenção de amamentar são aspetos intrínsecos às mulheres, as parteiras ajudam caso lhes seja solicitado. As subcategorias reconhecidas foram: “qualquer pessoa consegue fazê-lo, só é necessária motivação para tal” as mulheres são consideradas como proativas e autónomas, são elas que procuram informações/apoio no AM de acordo com as suas necessidades; “estamos aqui se precisar de nós” as parteiras estão disponíveis para apoiar no AM caso sejam solicitadas para tal; “há outras prioridades” as parteiras não dão</li> </ul>

<p><b>PRINCIPAIS CONCLUSÕES</b></p>	<p>prioridade ao AM, em vez disso concentram-se noutros cuidados que não podem ser atribuídos às mães.</p> <p>- Na 3ª categoria o AM é reconhecido como um elemento importante no estabelecimento da relação mãe/bebé, mas apenas foi identificado em 8 das 85 interações (9%). As parteiras privilegiam a relação entre a díade como crucial na experiência da amamentação. A linguagem e as práticas das parteiras nesta perspetiva são facilitadoras da comunicação e aumentam a confiança das mulheres.</p> <p>As subcategorias incluídas foram as seguintes: “conhecer a mulher” em que esta é o centro dos cuidados e as parteiras recorrem a questões abertas dando oportunidade à mulher para colocar as suas dúvidas e liderar o diálogo; “conhecer o bebé” as mulheres são encorajadas a observar e a interpretar os sinais do bebé, as parteiras ensinam que quer a mãe quer o bebé estão ambos a aprender; “Valorizar os conhecimentos e habilidades maternas” as mulheres conhecem as suas necessidades e as dos seus filhos e a parteira é a promotora desta relação mãe/filho, transmitindo confiança na aptidão da díade para a amamentação.</p> <p>Os resultados revelam a necessidade de desenvolver, implementar e avaliar modelos de cuidados de saúde materna que permitam a flexibilidade na prestação de cuidados e promovam o estabelecimento da relação entre mãe e filho e entre mãe e parteira</p>
---	---

ARTIGO Nº 9	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	<p><b>Autor:</b> Adrienne L. White, Verena I. Carrara, Moo Kho Paw, Malika, Colley Paw Dahbu, Mechthild M. Gross, Wolfgang Stuetz, Francois H. Nosten e Rose McGready</p> <p><b>Título:</b> High initiation and long duration of breastfeeding despite absence of early skin-to-skin contact in karen refugees on the Thai/Myanmar border: a mixed methods study</p> <p><b>Ano:</b> 2012</p> <p><b>Publicação:</b> International Breastfeeding Journal 2012; 7:19</p>
OBJETIVOS DO ESTUDO	<p>Determinar as taxas de início e duração do AM e a hora da primeira mamada num campo de refugiados na fronteira entre a Tailândia e a Birmânia.</p> <p>Analisar as percepções das grávidas e parteiras sobre o AM.</p> <p>Examinar a perspetiva das parteiras sobre o “swaddle” - (envolvimento do RN com uma faixa/lenço), num ambiente em que o contacto pele a pele precoce não é realizado.</p>
TIPO DE ESTUDO	Estudo com abordagem metodológica mista: quantitativo, descritivo transversal e qualitativo fenomenológico.
METODOLOGIA	<p><b>Participantes:</b> Estudo realizado num hospital público num campo de refugiados, durante o ano de 2010. Participaram 982 díades, na identificação das taxas de início, duração e determinação da hora da primeira mamada. Foram incluídas 50 grávidas, (17 primíparas e 33 múltiparas) em 9 grupos de discussão para análise das suas intenções e perspetivas relativamente ao AM. E 3 parteiras com vasta experiência e cujos partos ocorreram neste hospital ou noutros tailandeses.</p> <p><b>Colheita de dados:</b> Foi efetuada através das informações contidas nos registos de nascimento relativos ao ano de 2010, foram incluídas as díades com RN vivos, sem complicações e resultantes de uma gestação superior a 32 semanas. Foram reunidos 9 grupos de discussão com grávidas seguidas em cuidados pré-natais, 3 grupos de primíparas e 6 de múltiparas, com o objetivo de recolher informações relativas às suas intenções de amamentar ou experiências anteriores com a amamentação. As questões colocadas foram: “Tencionam amamentar?”, “Pretende amamentar mais do que 3 anos, 2 anos, 1 ano, mais do que 6 meses?”; “Pode falar-me sobre AM?”; “Como foi informada sobre o AM?”. Às múltiparas foi adicionalmente questionada a duração da amamentação relativamente ao seu último filho. As 3 parteiras que concordaram em participar foram submetidas a uma entrevista semi-estruturada que incluía as seguintes questões: “Pode falar-me de AM na sua cultura?”; “Pode dizer-me como é que as mulheres são informadas acerca do AM?”; “Porque é que acha que todas as mulheres dos grupos de discussão querem amamentar?”.</p> <p><b>Análise dos dados:</b> A caracterização da amostra e a pesquisa relativa às taxas do AM foram introduzidas numa folha de cálculo em Excel. Recorreu-se também ao teste de Xis quadrado e à versão 14.0 do SPSS. Os dados resultantes da transcrição dos grupos de discussão e das entrevistas às parteiras foram submetidos a análise de conteúdo.</p>
PRINCIPAIS CONCLUSÕES	<p>- O início do AM na primeira hora de vida, foi elevado, 91,2%, assim como a percentagem de AM exclusivo na data da alta 99,3%. A duração média do AM anterior foi de 19 meses.</p> <p>- Todas as grávidas querem amamentar. A duração do AM anterior foi superior a um ano em 96% das múltiparas.</p> <p>- Da análise dos grupos de discussão surgiram 3 categorias: 1) o AM é ótimo – em que as mulheres reconhecem o AM como inerente à maternidade e optam por ele para benefício do bebé. A duração prolongada do AM representa o compromisso das mães para garantir o bem-estar do seu filho. As mulheres têm uma perspetiva muito positiva em relação ao AM e também estão despertas para as consequências de não amamentar.</p> <p>2) Aleitamento artificial é para outras pessoas – não foi discutida nenhuma</p>

<p><b>PRINCIPAIS CONCLUSÕES</b></p>	<p>experiência pessoal neste âmbito, as grávidas são da opinião que bebés amamentados com leite artificial ficam doentes, que o leite artificial provoca diarreia e que quem recorre ao leite artificial está infetado com o VIH. As mulheres consideram o AM mais fácil e rápido do que o artificial.</p> <p>3) A minha mãe informou-me acerca do AM – a maioria das mulheres foram desta opinião, no entanto algumas referiram também grupos de informação sobre o AM na comunidade.</p> <p>- As categorias identificadas através das entrevistas às parteiras foram: 1) Fui informada pela minha mãe sobre o AM – as parteiras realçam o papel das mães e das avós como fonte de informação e auxílio na amamentação; as parteiras tal como as grávidas reconhecem o AM como intrínseco à maternidade.</p> <p>2) Aleitamento artificial é para outras pessoas – é difícil obter fórmulas lácteas, como tal o AM é a solução.</p> <p>3) <i>Swaddle</i> no nascimento, o bebé não se sentirá assustado, será protegido contra os espíritos – o contacto pele com pele precoce implica um atraso no <i>swaddle</i> que nesta cultura significa a perda do espírito ou a atração de espíritos malignos para o RN.</p> <p>- As preferências, tradições locais e práticas que protejam, apoiem e mantenham as elevadas taxas de AM devem ser preservadas, como tal o ensino e as intervenções dos profissionais de saúde devem sempre respeitá-las.</p>
---	--

## **APÊNDICE II**

Quadros de Avaliação da Qualidade Metodológica dos Artigos

**Instrumento de Avaliação: JBI MAStARI Critical Appraisal Checklist for  
Descriptive/Case Series**

**Reviewer** Antónia Parreira **Date** 10/10/2016

**Author** Andreia Dias, Tânia Monteiro, Dulce Oliveira, Ana Guedes, Cristina Godinho e Ana Margarida Alexandrino

**Title** Aleitamento materno no primeiro ano de vida: prevalência, fatores protetores e de abandono

**Year** 2013

Criteria	Yes	No	Unclear
1. Was study based on random or pseudo-random sample?		X	
2. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	X		
3. Were confounding factors identified and strategies to deal with them stated?	X		
4. Were outcomes assessed using objective criteria?	X		
5. If comparisons are being made, was there sufficient descriptions of the groups?	X		
6. Was follow up carried out over a sufficient time period?	X		
7. Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	X		
8. Were outcomes measured in a reliable way?	X		
9. Was appropriate statistical analysis used?	X		
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	

**Instrumento de Avaliação: JBI MAStARI Critical Appraisal Checklist for  
Descriptive/Case Series**

**Reviewer** Antónia Parreira **Date** 10/10/2016

**Author** Cristiano Siqueira Boccolini, Márcia Lazaro de Carvalho, Maria Inês Couto de Oliveira e Ana Glória Godoi Vasconcellos

**Title** Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida

**Year** 2011

Criteria	Yes	No	Unclear
1. Was study based on random or pseudo-random sample?	X		
2. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	X		
3. Were confounding factors identified and strategies to deal with them stated?	X		
4. Were outcomes assessed using objective criteria?	X		
5. If comparisons are being made, was there sufficient descriptions of the groups?	X		
6. Was follow up carried out over a sufficient time period?	X		
7. Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	X		
8. Were outcomes measured in a reliable way?	X		
9. Was appropriate statistical analysis used?	X		
<b>Total</b>	<b>9</b>		

**Instrumento de Avaliação: JBI MAStARI Critical Appraisal Checklist for  
Descriptive/Case Series**

**Reviewer** Antónia Parreira **Date** 10/10/2016

**Author** Dulce Garcia Galvão

**Title** Promoção da amamentação na primeira hora de vida

**Year** 2009

Criteria	Yes	No	Unclear
1. Was study based on random or pseudo-random sample?		X	
2. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	X		
3. Were confounding factors identified and strategies to deal with them stated?	X		
4. Were outcomes assessed using objective criteria?	X		
5. If comparisons are being made, was there sufficient descriptions of the groups?	X		
6. Was follow up carried out over a sufficient time period?	X		
7. Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	X		
8. Were outcomes measured in a reliable way?	X		
9. Was appropriate statistical analysis used?	X		
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	



**Instrumento de Avaliação: JBI MAStARI Critical Appraisal Checklist for  
Randomised Control/Pseudo-randomised Trial**

**Reviewer** Antónia Parreira **Date** 10/10/2016

**Author** Karimi Aghdas, Khadivzadeh Talat e Bagheri Sepideh

**Title** Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial

**Year** 2013

Criteria	Yes	No	Unclear
1. Was the assignment to treatment groups truly random?	X		
2. Were participants blinded to treatment allocation?	X		
3. Was allocation to treatment groups concealed from the allocator?	X		
4. Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	X		
5. Were those assessing outcomes blind to the treatment allocation?	X		
6. Were the control and treatment groups comparable at entry?			X
7. Were groups treated identically other than for the named interventions?	X		
8. Were outcomes measured in the same way for all groups?	X		
9. Were outcomes measured in a reliable way?	X		
10. Was appropriate statistical analysis used?	X		
<b>Total</b>	<b>9</b>		<b>1</b>

# **Instrumento de Avaliação: JBI QaRI Critical Appraisal Checklist for Interpretative and Critical Research**

**Reviewer** Antónia Parreira **Date** 10/10/2016

**Author** Hanne Kronborg, Ingegerd Harder e Elisabeth O. C. Hall

**Title** First time mother's experiences of breastfeeding their newborn

**Year** 2015

Criteria	Yes	No	Unclear
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X		
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X		
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X		
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X		
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X		
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?		X	
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?		X	
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X		
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X		
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X		
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	

## Instrumento de Avaliação: JBI QaRI Critical Appraisal Checklist for Interpretative and Critical Research

**Reviewer** Antónia Parreira **Date** 10/10/2016

**Author** Marie Dietrich Leurer e Eunice Misskey

**Title** “Be positive as well as realistic”: a qualitative description analysis of information gaps experienced by breastfeeding mothers

**Year** 2015

Criteria	Yes	No	Unclear
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X		
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X		
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X		
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X		
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X		
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?		X	
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?		X	
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X		
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X		
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X		
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	

# **Instrumento de Avaliação: JBI QaRI Critical Appraisal Checklist for Interpretative and Critical Research**

**Reviewer** Antónia Parreira **Date** 10/10/2016

**Author** E. Burns, V. Schmied, J. Fenwick e A. Sheehan

**Title** Liquid Gold from the milk bar: Constructions of breastmilk and breastfeeding women in the language and practices of midwives

**Year** 2012

Criteria	Yes	No	Unclear
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X		
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X		
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X		
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X		
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X		
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?		X	
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?		X	
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X		
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X		
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X		
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	

**Instrumento de Avaliação: JBI QaRI Critical Appraisal Checklist for  
Interpretative and Critical Research**

**Reviewer** Antónia Parreira **Date** 10/10/2016

**Author** Elaine Burns, Jenny Fenwick, Athena Sheehan e Virginia Schmied

**Title** Mining for liquid gold: midwifery language and practices associated with early breastfeeding support

**Year** 2013

Criteria	Yes	No	Unclear
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X		
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X		
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X		
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X		
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X		
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?		X	
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	X		
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X		
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X		
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X		
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	

**Instrumento de Avaliação: JBI MAStARI Critical Appraisal Checklist for  
Descriptive/Case Series**

**Reviewer** Antónia Parreira **Date** 10/10/2016

**Author** Adrienne L. White, Verena I. Carrara, Moo Kho Paw, Malika, Colley Paw Dahbu, Mechthild M. Gross, Wolfgang Stuetz, Francois H. Nosten e Rose McGready

**Title** High initiation and long duration of breastfeeding despite absence of early skin-to-skin contact in karen refugees on the Thai/Myanmar border: a mixed methods study – Artigo N° 9, com abordagem metodológica mista

**Year** 2012

Criteria	Yes	No	Unclear
1. Was study based on random or pseudo-random sample?		X	
2. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	X		
3. Were confounding factors identified and strategies to deal with them stated?	X		
4. Were outcomes assessed using objective criteria?	X		
5. If comparisons are being made, was there sufficient descriptions of the groups?	X		
6. Was follow up carried out over a sufficient time period?	X		
7. Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	X		
8. Were outcomes measured in a reliable way?	X		
9. Was appropriate statistical analysis used?	X		
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	

## Instrumento de Avaliação: JBI QaRI Critical Appraisal Checklist for Interpretative and Critical Research

**Reviewer** Antónia Parreira **Date** 10/10/2016

**Author** Adrienne L. White, Verena I. Carrara, Moo Kho Paw, Malika, Colley Paw Dahbu, Mechthild M. Gross, Wolfgang Stuetz, Francois H. Nosten e Rose McGready

**Title** High initiation and long duration of breastfeeding despite absence of early skin-to-skin contact in karen refugees on the Thai/Myanmar border: a mixed methods study – Artigo Nº 9, com abordagem metodológica mista

**Year** 2012

Criteria	Yes	No	Unclear
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X		
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X		
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X		
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X		
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X		
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?		X	
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?			X
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X		
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X		
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X		
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

### **APÊNDICE III**

#### **Guia para Registo de Interação**



## Guia para Registo de Interação

As interações com a grávida/casal decorreram ao longo dos quatro estádios do TP e tinham como objetivo principal o desenvolvimento de competências do EEESMO durante o período pré-natal, TP e durante o período pós-natal. Para a concretização deste relatório procedeu-se à colheita de dados através da interação com as utentes durante a prestação de cuidados de enfermagem e posteriormente foram elaboradas as notas de campo, que por sua vez foram submetidas à análise de conteúdo.

Tendo em consideração o desenvolvimento da competência H2 – cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, foram realizadas intervenções no âmbito do acolhimento à grávida e ao seu convivente significativo. Procedeu-se à avaliação inicial da utente, elaborou-se a história clínica e estabeleceu-se uma relação terapêutica, de parceria de cuidados. Monitorizou-se e promoveu-se o bem-estar materno-fetal. Promoveu-se a tomada de decisão livre e esclarecida da mulher/casal no âmbito do TP, fomentou-se a participação ativa do casal nas decisões, e caso não apresentassem plano de parto eram encorajados a manifestar as suas preferências e a sentir que as mesmas seriam apoiadas. Os casais que não apresentavam plano de parto **eram questionados se pretendiam realizar contacto pele com pele e amamentar na primeira hora de vida**, informando sobre estas duas intervenções, nomeadamente os seus benefícios e a sua prática.

Relativamente ao desenvolvimento da competência H3 – cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, realizaram-se intervenções no âmbito da vigilância da progressão do TP, da promoção do bem-estar materno e fetal, da monitorização da dor e implementação de medidas não farmacológicas para o seu controlo. Durante a interação com as parturientes questionou-se sobre as **experiências anteriores relativamente ao parto e amamentação**: quando iniciaram o AM, que tipo de apoio e/ou aconselhamento receberam e quem o realizou, como decorreu a amamentação no domicílio, a sua duração e durante quanto tempo planeiam amamentar desta vez – **o seu projeto de amamentação atual**.

A interação com as utentes decorreu ao longo dos quatro estádios do TP e logo após o período expulsivo foram prestados os cuidados imediatos ao RN, foi

promovida a vinculação através do contacto pele com pele e amamentação na primeira hora de vida, respeitando a decisão da puérpera/casal relativamente aos mesmos.

Tendo em conta o desenvolvimento da competência H4 – cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, as intervenções de enfermagem efetuadas para além da avaliação e despiste de complicações da puérpera e RN contribuíram para facilitar o processo de vinculação e a transição para a parentalidade e permitiram o início precoce do AM quer através do aumento da confiança materna na sua capacidade para amamentar, quer através do apoio prático proporcionado na primeira mamada. Sempre que necessário prestou-se apoio físico e suporte emocional, avaliou-se a primeira mamada tendo em consideração o guia de observação proposto pela UNICEF e recorreu-se às competências de ouvir e aprender, nomeadamente às questões abertas, respostas e gestos que demonstram interesse, com o objetivo de proporcionar uma maior satisfação da puérpera com a sua experiência de amamentação.

Como forma de autoavaliar a prática de cuidados desenvolvida **questionaram-se as puérperas sobre as intervenções de enfermagem e/ou aconselhamento prestados que consideraram determinantes neste início da amamentação.** Tendo como objetivo compreender as experiências das puérperas acerca da amamentação na primeira hora de vida, **indagou-se sobre as sensações vivenciadas relativamente às intervenções do EEESMO, nomeadamente o contacto pele com pele e a amamentação precoce.**

Realizaram-se intervenções de enfermagem ao nível da educação para a saúde no início da amamentação, no entanto fez-se também referência às entidades/grupos de apoio ao AM na comunidade, tendo em vista a continuidade da amamentação após a alta hospitalar.